FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1966

THÈSE 79 n°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Serge REZICINER

né le 27 janvier 1937 à Toulouse (Hte. G.)

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 2 juin 1966

LES HYDRONEPHROSES PAR ANOMALIE DE LA JONCTION PYELO-URETERALE.

Etude de 180 cas dont 130 plasties pyélo-urétérales

Président : Mr. P. ABOULKER, Professeur

ÉDITIONS A.G.E.M.P. 40 RUE PASCAL PARIS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1966

THÈSE

n°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Serge REZICINER

né le 27 janvier 1937 à Toulouse (Hte. G.)

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 2 juin 1966

LES HYDRONEPHROSES PAR ANOMALIE DE LA JONCTION PYELO-URETERALE.

Etude de 180 cas dont 130 plasties pyélo-urétérales

Président : Mr. P. ABOULKER, Professeur

ÉDITIONS A.G.E.M.P. 40 RUE PASCAL PARIS

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41545818_0008

1/1/1966

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. ALAJOUANINE (T) , AUBIN (A) , BENARD (H) , BINET (L) , BULLIARD (H) , CATHALA (J) , CHABROL (E) , CHAILLEY-BERT (P) , DEBRE (R) , FEY (B) , GALLIARD (H) , GAUDART d'ALLAINES (F. de) , GENNES (L. de) , HALPHEN (E) , HAZARD (R) , HEUYER (G) , LAROCHE (G) , LAVIER (G) , LELONG (M) , LEVY-SOLAL (E) , LIAN (C), MARCHAL (G) , MATHIEU (P) , MONOD (R) , MOREAU (R) , MOULONGUET (P) , PASTEUR VALLERY-RADOT , PETIT-DUTAILLIS (D) , PIEDELIEVRE (R) , QUENU (J) , RENARD (G) , RICHET (C) , SENEQUE (J), STROHL (A) , TANON (L) , VERNE (J) .

DOYEN ..... Georges BROUET

1 er ASSESSEUR..... Daniel BARGETON

2 ème ASSESSEUR ..... Jean GOSSET

I - PROFESSEURS

1° - CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES .

a) Professeurs titulaires : MM

Anatomie..... DELMAS (A)
Anatomie et cytologie pathologique ..... DELARUE (J)
Anesthésiologie ..... BAUMANN (J)
Bactériologie et virologie ..... TOURNIER (P)
Biochimie médicale ..... JAYLE (M.F.)
- ..... POLONOVSKI (J)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports ..... MALMEJAC (J)
Biologie médicale ..... FAUVERT (R)
Biophysique médicale ..... BUGNARD (L)
- ..... DOGNON (A)
- ..... DJOURNO (A)
Cancérologie médicale et sociale ..... DENOIX (P)
Chimie pathologique ..... SCHAPIRA (G)
Embryologie ..... TUCHMANN (H)
Génétique fondamentale ..... LEJEUNE (J)

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

Histoire de la médecine et de la chirurgie ... COURY (Ch)
Histologie ..... GIROUD (A)
Hygiène et médecine préventive ..... BOYER (J)
Médecine du Travail ..... DESOILLE (H)
Médecine légale ..... DEROBERT (L)
Microbiologie (bactériologie et virologie)... FASQUELLE (R)
Parasitologie .....BRUMPT (L.C.)
Pathologie chirurgicale ..... LAURENCE (G)
- ..... KUSS (R)
- ..... VERNE (J.M.)
Pathologie exotique ..... N...
Pathologie expérimentale et comparée ..... MERKLEN (F.P.)
Pathologie médicale ..... LAROCHE (Cl)
- ..... BRICAIRE (H)
- ..... PEQUIGNOT (H)
Pathologie respiratoire ..... TURIAF (J)
Pathologie et thérapeutique générales ..... N...
Pharmacologie ..... CHEYMOL (J)
- ..... LEVY (Melle J)
Physiologie ..... BARGETON (D)
- ..... PARROT (J)
Physiologie et pathologie obstétricales ..... LEPAGE (F)
Radiologie médicale ..... DESGREZ (H)
Technique chirurgicale et chirurgie expérimentale ..... CAUCHOIX (J)
Thérapeutique ..... CONTE (M)
Thérapeutique appliquée ..... LAMOTTE (M)

b) Professeurs à titre personnel :

Anatomie anthropologique ..... OLIVIER (G)
Anatomie pathologique ..... NEZELOF (Ch)
Bactériologie ..... BARBIER (P)
Biochimie médicale ..... DESGREZ (P)
DREYFUS (J.Cl.)
Biologie médicale ..... BOURLIERE (F)

Clinique dermatologique (Saint-Louis) ..... DUPERRAT (F)
Clinique endocrinologique (Pitié) ..... DECOURT (J)
Clinique de génétique médicale
(Enfants-Malades) ..... LAMY (M)
Clinique gynécologique (Broca) ..... HUGUIER (J)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques
(Saint-Louis) ..... DEGOS (R)
Clinique des maladies des enfants
(Enfants-Malades) ..... TURPIN (R)
Clinique des maladies infectieuses .
(Claude-Bernard)..... MOLLARET (P)
Clinique des maladies mentales et de
l'encéphale (Sainte-Anne) ..... DELAY (J)
Clinique des maladies métaboliques (Necker) .. HAMBURGER (J)
Clinique des maladies du sang (Broussais) .... BERNARD (J)
Clinique des maladies du système nerveux
(Salpêtrière) ..... CASTAIGNE (P)

Cliniques médicales ...
- Bicêtre..... DEPARIS (M)
- Broussais ..... MILLIEZ (P)
- Cochin ..... BROUET (G)
- Hôtel-Dieu ..... BARIETY (M)
- Lariboisière ..... SEZE (S. de)
- Pitié ..... DREYFUS (G)
- Saint-Antoine ..... KOURILSKY (R)
- Saint-Antoine ..... BOUDIN (G)

Clinique d'hydrologie et de climatologie
(Bichat) ..... DEBRAY (Ch.)
Clinique médicale infantile et pédiatrie
sociale (Enfants-Malades) ..... MARIE (J)
Clinique médicale propédeutique (Broussais).. JUSTIN-BESANCON(L)
Clinique médico-sociale du diabète et des
maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)..... DEROT (M)

Clinique dermatologique (Saint-Louis) ..... DUPERRAT (F)
Clinique endocrinologique (Pitié) ..... DECOURT (J)
Clinique de génétique médicale
(Enfants-Malades) ..... LAMY (M)
Clinique gynécologique (Broca) ..... HUGUIER (J)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques
(Saint-Louis) ..... DEGOS (R)
Clinique des maladies des enfants
(Enfants-Malades) ..... TURPIN (R)
Clinique des maladies infectieuses .
(Claude-Bernard)..... MOLLARET (P)
Clinique des maladies mentales et de
l'encéphale (Sainte-Anne) ..... DELAY (J)
Clinique des maladies métaboliques (Necker) .. HAMBURGER (J)
Clinique des maladies du sang (Broussais) .... BERNARD (J)
Clinique des maladies du système nerveux
(Salpêtrière) ..... CASTAIGNE (P)

Cliniques médicales ...
- Bicêtre..... DEPARIS (M)
- Broussais ..... MILLIEZ (P)
- Cochin ..... BROUET (G)
- Hôtel-Dieu ..... BARIETY (M)
- Lariboisière ..... SEZE (S. de)
- Pitié ..... DREYFUS (G)
- Saint-Antoine ..... KOURILSKY (R)
- Saint-Antoine ..... BOUDIN (G)

Clinique d'hydrologie et de climatologie
(Bichat) ..... DEBRAY (Ch.)
Clinique médicale infantile et pédiatrie
sociale (Enfants-Malades) ..... MARIE (J)
Clinique médicale propédeutique (Broussais).. JUSTIN-BESANCON(L)
Clinique médico-sociale du diabète et des
maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)..... DEROT (M)

Clinique de neuro-chirurgie (Pitié) ..... DAVID (M)
Clinique neurologique (Salpêtrière) ..... GARCIN (R)
Cliniques obstétricales .. Baudelocque ..... LACOMME (M)
Saint-Antoine ..... MERGER (R)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal). VARANGOT (J)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)..... OFFRET (G)
- - (Cochin) ..... BREGEAT (P)
Clinique oto-rhino-laryngologique(Lariboisière)..... AUBRY (M)
Clinique de Pédiatrie ..... MOZZICONACCI (P
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul) ..... THIEFFRY (S)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec) ..... BERNARD (E)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)MICHAUX (L)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin) COSTE (F)
Clinique stomatologique (Salpêtrière)..... DECHAUME (M)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard).....ROUX (M)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)..... LEMAIRE (A)
Clinique toxicologique ..... GAULTIER (M)
Clinique traumatologique et orthopédique (Raymond Poincaré) ..... JUDET (R)
Clinique urologique (Cochin) ..... ABOULKER (P)
- - (Necker)..... COUVELAIRE (R)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau) ..... LAPLANE (R)
Séméiologie médicale (A.Chantin) ..... DOMART (A)
- - (Lariboisière) ..... BOUVRAIN (Y)
- - (Pitié) ..... RAMBERT (P)
- - (Rothschild) ..... WOLFROMM (R)
Séméiologie et cliniques chirurgicales (Broussais).. POILLEUX (F)

b) Professeurs à titre personnel :

Hématologie ..... ANDRE (R)
BOUSSER (J)
Hydrologie et climatologie .....GIBERTON (A)
Maladies infectieuses .....BASTIN (R)

Médecine	AZERAD (E) BOUR (H) CABROL (Ch) GROSSIORD (A) LAMBLING (A) LAUNAY (Cl) PAYET (M) PEPRAULT (M) SIGUIER (F) WORMS (R)
Neuro-Chirurgie	LE BEAU (J)
Neurologie	LHERMITTE (F)
Neuro-psychiatrie	PICHOT (P)
Oto-rhino-laryngologie	MADURO (R)
Pédiatrie	POLONOVSKI (Cl) ROYER (P)
Pneumo-phtisiologie	KREIS (B) MEYER (A)
Rhumatologie	DELBARRE (F)

II - PROFESSEURS SANS CHAIRE

Anatomie pathologie	GOUYGOU (Ch)
Anesthésiologie	VOURC'H (G)
Bactériologie	CHRISTOL (D)
Biochimie médicale	CARTIER (P) GONNARD (P)
Biologie médicale	HARTMANN (L)
Hématologie	BILSKI-PASQUIER(G)
Maladies infectieuses	DUPONT (V)
Physique médicale	COURSAGET (J) GREMY (F)
Physiologie	GIRARD (Fr.)
Stomatologie	CHAPUT (Mme A)
Thérapeutique	CHASSAGNE (P)

III - PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie	HAUDUROY (P) Pr.S.Ch
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J) Pr.s.ch.

IV - PROFESSEUR ASSOCIE

Statistique médicale et épidémiologique.....	SCHWARTZ (D)

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J)
Conseillers administratifs	Melle CHAINTREUIL(G) M. FAYE (R)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque.	
Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	M.le Docteur HAHN (A)
Conservateurs	Melles DUMAITRE (P) LAURENT (H) LE NOIR (G)
Bibliothécaires	Mmes CONTET (J) FORGET (F) DUROZOY (M.F.) ROBERGE (D) Dr. SCHILLER (J)

A ma mère

A mon père

A ma femme

A mes enfants

A ma famille

A mes amis

A Monsieur le Professeur Pierre ABOULKER

qui m' fait le très grand honneur de me
confier ce travail et de présider ma thèse,

en témoignage de ma reconnaissance fidèle pour
son enseignement et la bienveillance
avec laquelle il le prodigue .

A Monsieur le Professeur Robert MERLE D'AUBIGNE

dont j'ai eu la chance d'être
l'interne pendant un an ,

en témoignage de ma plus profonde
admiration .

A mes Maîtres dans les Hôpitaux

Externat

- Monsieur le Professeur Jean QUENU
- Monsieur le Doyen Gaston CORDIER (in memoriam)

- Monsieur le Professeur PASTEUR VALLERY-RADOT
- Monsieur le Professeur Jean MILLIEZ

- Monsieur le Professeur Gilbert DREYFUS
- Monsieur le Docteur Jean FACQUET

Internat

- Monsieur le Professeur Maurice MEYER (in memoriam)
- Monsieur le Docteur Claude ROUVILLOIS
- Monsieur le Docteur Raymond LEBOVICI
- Monsieur le Professeur Agrégé Georges THOMERET
- Monsieur le Professeur Pierre ABOULKER
- Monsieur le Professeur Robert MERLE D'AUBIGNE

en témoignage de ma respectueuse
admiration et de ma gratitude pour
l'enseignement éminent qu'ils
m'ont donné .

A tous ceux qui ont encore contribué à m'apprendre mon métier de chirurgien et en particulier Messieurs les Professeurs Agrégés

- Serge BAUX
- Marcel BOMBARD
- Bernard DEBESSE
- Jean DEMIRLEAU
- Claude DUBOST
- Pierre MAURER
- François MAZAS
- Robert MEARY
- Michel POSTEL
- J.O. RAMADIER
- Adolphe STEG

A mes Conférienciers d'externat

- Monsieur le Professeur Agrégé J. PAOLAGGI
- Monsieur le Docteur Claude MATHIS

A mes Conférienciers d'internat

- Monsieur le Professeur Agrégé PERELMAN
- Monsieur le Docteur HIVET
- Monsieur le Docteur Claude MATHIS

L E S H Y D R O N E P H R O S E S par A N O M A L I E

de la

J O N C T I O N P Y E L O - U R E T E R A L E

Etude de 180 cas dont 130 plasties pyélo-urétérales.

P L A N

-:-:-:-:-:-

I - HISTORIQUE

II - DEFINITION

III - ETIOLOGIE

IV - ANATOMIE DES VOIES EXCRETRICES URINAIRES

V - PHYSIOPATHOLOGIE

VI - REVERSIBILITE DES LESIONS

VII - ETUDE CLINIQUE

VIII - EXAMENS COMPLEMENTAIRES

1) L'urographie intra-veineuse

2) L'urétero pyélographie rétrograde

3) Autres examens radiologiques

4) Les autres examens

IX - EVOLUTION

X - TRAITEMENT

1) Les méthodes conservatrices

2) Les néphrectomies

3) Les indications thérapeutiques

4) Tactique opératoire

5) Le problème du drainage

6) Soins post-opératoires

7) Suites opératoires

XI - RESUME DES OBSERVATIONS

XII - ANALYSE DES OBSERVATIONS

XIII - ANALYSE DES RESULTATS

XIV - CONCLUSIONS

XV - BIBLIOGRAPHIE

T A B L E D E S M A T I E R E S

I - HISTORIQUE
II - DEFINITION
III - ETIOLOGIE
IV - ANATOMIE DES VOIES EXCRETRICES URINAIRES
V - PHYSIOPATHOLOGIE
VI - REVERSIBILITE DES LESIONS
VII - ETUDE CLINIQUE
VIII - EXAMENS COMPLEMENTAIRES

1) L'urographie intra veineuse
2) L'uretero pyélographie rétrograde
3) Autres examens radiologiques
4) Les autres examens

IX - EVOLUTION
X - TRAITEMENT

1) Les méthodes conservatrices
2) Les néphrectomies
3) Les indications thérapeutiques
4) Tactique opératoire
5) Le problème du drainage
6) Soins post-opératoires
7) Suites opératoires

XI - RESUME DES OBSERVATIONS
XII - ANALYSE DES OBSERVATIONS
XIII - ANALYSE DES RESULTATS
XIV - CONCLUSIONS
XV - BIBLIOGRAPHIE

R A P P E L H I S T O R I Q U E

Cette affection a probablement été décrite pour la première fois à la fin du 17 ème siècle par RUDOLPH et FRANZ , sous le terme d' " hydrops renalis " , par RUYSCH sous les termes d' " expansis renum " ou " hernia renalis " , par J. JONHSON " hydrorenal distension " . Mais c'est M.P. RAYER qui , en 1841 , créa le terme d'hydronéphrose et en donna une remarquable description anatomique dans son Traité des maladies des reins .

G. SIMON fut le premier à pratiquer (le 2 Avril 1869) la néphrectomie (avant la première cystoscopie de NITZE , en 1876). Il fut aussi le premier à monter une sonde urétérale (chez la femme anesthésiée , après avoir élargi l'urètre et introduit le doigt dans la vessie pour guider la montée de la sonde dans l'uretère) .

En 1881 , KEHRER (de Heidelberg) mit en évidence le fait que de grosses hydronéphroses étaient rencontrées avec obstruction incomplète du conduit urinaire ou même parfois obstruction intermittente .

ROSENSTEIN établit le fait que parfois aucun obstacle mécanique n'était retrouvé et que l'étiologie était mystérieuse .

KRAUSE (de Gottingen) donne une description histologique des lésions du niveau du rein .

G.A. STAPLES , en 1884 , étudie (dans le J.A.M.A.) , 71 cas d'hydronéphroses traitées par néphrectomie ou néphrostomie .

C'est à TRENDELENBURG que l'on attribue la première opération plastique pour hydronéphrose (1886) . Son malade devait mourir d'occlusion .

En 1891 , KUSTER pratique une résection de la partie haute de l'uretère , avec réimplantation dans le bassinet . La malade survit .

Le 31 Mai 1892 , FENGER pratique l'opération qui porte son nom : incision verticale de la jonction , suturée transversalement .

En 1898 , ALBARRAN décrit l'anastomose latéro-latérale uretère-bassinet , la résection du bassinet et du parenchyme rénal , crée l'habitude du drainage tuteur de l'anastomose .

Il faut encore citer :

- QUINBY , qui en 1923 , attira l'attention sur les vaisseaux anormaux croisant la jonction pyélo-urétérale .

- SCHWYZER , qui en 1923 , décrivit sa technique de plastie en Y - V (employée 3 fois depuis 1916) .

- VON LICHTENBERG , qui en 1929 , rapporta 37 cas de rétrécissement de la jonction pyélo-urétérale (11 néphrectomies d'emblée , 11 Fenger et 5 plasties analogues à la technique de FINNEY pour les pyloroplasties) , 2 réimplantations .

En 1937 , FOLEY reprit , en l'améliorant , la technique en Y - V de SCHWYZER .

En 1943 , DAVIS développe sa technique de l'intubation urétérale .

En 1947 , HAMILTON STEWART décrit sa technique de néphroplastie .

En 1949 , ANDERSON et HYNES , la résection de la jonction pyélo-urétérale .

En 1950 , OLDHAM développe l'énervation rénale .

En 1951 , CULP décrit le lambeau de rotation pyélique .

Il faut encore citer , plus récemment , les travaux de KUSS, L. MICHON , P. ABOULKER , de BISCHOFF , DEUTICKE , GREGOIR .

*

* *

D E F I N I T I O N

C'est RAYER qui , en 1841 , créa le terme d' "hydronéphrose" . Dans son " Traité des maladies des reins " , il le définissait comme " la constitution aux dépens de cavités rénales d'une poche liquide contenant de l'urine aseptique dont la rétention modifie la teneur et lui donne un caractère aqueux (hydro) ,par diminution de sa densité , de ses sels , de ses matières fondamentales " .

Une telle définition fait de l'hydronéphrose , un syndrôme (comme l'est , par exemple , la rétention d'urine) .

Le syndrôme hydronéphrose peut être réalisé par des maladies d'étiologies variées , susceptibles d'entraîner une distension des voies excrétrices hautes (bassinet et calices) . Pratiquement , toute la pathologie rénale peut être évoquée :

- la lithiase rénale lors d'un calcul enclavé dans la jonction pyélo-urétérale ,
- la tuberculose urinaire au stade des sténoses qui peuvent toucher le haut uretère ,
- les tumeurs intrinsèques (du bassinet ou de l'uretère) qui rétrécissent , ou extrinsèques qui compriment ,
- les infections et les parasitoses .

La distension peut être transitoire ou chronique , progressive ou régressive spontanément .

A-t-on intérêt à réunir ainsi toutes ces maladies dans ce terme certes euphonique ? Une fois installé le"syndrôme hydronéphrose " , son évolution est-elle stéréotypée , son pronostic

identique selon les étiologies , son traitement univoque ? Certainement pas . Chacune de ces maladies a un génie évolutif particulier . La réunion de ces maladies est très artificielle et nous pensons qu'elle ne peut qu'égarer sur un problème déjà aussi complexe que celui des hydronéphroses .

L'hydronéphrose-maladie , au contraire , doit être individualisée et définie :

Il faut réserver le terme d'hydronéphrose aux rétentions chroniques avec distension du bassinet et des calices rénaux consécutives à une lésion (mécanique ou fonctionnelle) de l'extrémité supérieure de l'uretère et du bassinet , lorsque cette distension constitue l'essentiel de la maladie .

Cette définition permet :

1 - de localiser anatomiquement la lésion en la limitant à la région de la jonction pyélo-urétérale , ce qui permet d'exclure les urétéro-hydronéphroses et les méga-uretères puisque la lésion siège alors plus bas (Certains auteurs les décrivent avec les hydronéphroses) .

2 - De substituer le terme de distension (" résultat d'une extension trop considérable " Littré) à celui de dilatation terme vague (sujet à interprétation sur une U.I.V.) et qui n'implique pas l'hyperpression dans les cavités rénales . Une " dilatation " du bassinet peut n'être qu'une configuration particulière . Le méga-bassinet n'est qu'un exemple de gigantisme d'organe creux , non pathologique car il s'évacue normalement .

3 - D'ajouter le terme " chronique " pour éliminer les distensions aigues et passagères avec retour complet à la normale des voies excrétrices intra-rénales .

4 - Enfin , d'exclure de la définition la plupart des maladies responsables de " l'hydronéphrose - syndrôme " (lithiase, tumeurs etc ...) par la proposition : lorsque cette distension constitue l'essentiel de la maladie .

Ainsi définie , " l'hydronéphrose-maladie"que l'on peut assimiler à ce qu'on appelle " le syndrôme de la jonction pyélo-urétérale " , n'est quand même pas encore une maladie autonome puisqu'elle reconnaît plusieurs étiologies .

*

* *

E T I O L O G I E

1) Il s'agit souvent de sténose de la jonction pyélo-urétérale . Celle-ci est souvent extérieurement visible (35 fois sur nos 130 pyéloplasties) et plus ou moins étendue en hauteur (de 2 mm à 3 cm en moyenne) ; parfois , elle n'est mise en évidence que par le petit explorateur à boule qui , introduit du bassinet vers l'uretère , bute et ne franchit pas l'obstacle (16 fois) . Cette sténose se présente parfois avec un aspect spiralé , irrégulier de l'extrémité supérieure de l'uretère (aspect de l'uretère foetal) .

Une telle sténose est congénitale . Récemment , Antonio PUIGVERT a attribué cette hypoplasie du haut uretère à une ischémie par malformation vasculaire : le pédicule nourricier du haut uretère l'aborde dans ces cas assez bas et ne détache pas de branche pour la région sténosée qui s'aplasierait par ischémie .

2) La deuxième étiologie par ordre de fréquence , ce sont les vaisseaux anormaux .

Il s'agit d'un pédicule polaire inférieur croisant la jonction pyélo-urétérale . Il est composé d'une artère , d'une veine ou des deux à la fois . Ces vaisseaux sont de calibre variable. Ils peuvent naître de l'aorte ou de l'artère rénale . Le mécanisme de leur action dans la production d'une hydronéphrose a été , et reste toujours , très discuté .

Certains incriminent un spasme de la jonction pyélo-urétérale entretenu par les battements artériels , d'autres une fibrose créée par les mouvements (en particulier sur les reins ptosiques) .

Parfois , on retrouve une véritable corde tendue barrant la jonction pyélo-urétérale avec bassinet distendu au dessus et retombant en besace sur la corde .

Certains , au contraire , leur dénient toute action , prétextant que souvent le rétrécissement urétéral ne siège pas au niveau du passage du vaisseau ; que la distension du bassinet , quelle qu'en soit l'étiologie , déplace la jonction pyélo-urétérale et l'amène au contact des vaisseaux . Les coudures urétérales sur les vaisseaux sont alors secondaires .

En fait , il semble que lorsqu'on retrouve des vaisseaux de trajet anormal dans les hydronéphroses à développement surtout intra-rénal , ceux-ci n'aient aucun rôle mécanique dans la production ou l'entretien de ces hydronéphroses .

Par contre , dans les formes à développement extra-rénal important , si on peut avoir la certitude qu'ils ne sont pour rien dans la production de l'hydronéphrose , il n'est pas niable qu'ils aient un grand rôle dans l'entretien de celle-ci .

Les bons résultats des opérations de HAMILTON STEWART (certes rares dans notre statistique) semblent bien le confirmer .

Nous avons pu retenir le rôle des vaisseaux anormaux 16 fois dans nos plasties , 4 fois nous les avons retrouvés sans qu'on puisse les rendre responsables de l'hydronéphrose .

Sur les 45 néphrectomies pour hydronéphrose , 2 fois les vaisseaux polaires inférieurs semblaient bien responsables de l'hydronéphrose . Deux autres fois ils étaient présents sans être responsables .

Au total : leur fréquence semble de l'ordre de 10 % , ce qui est inférieur à de nombreuses statistiques . Surtout , fréquemment , lorsqu'existe un vaisseau polaire inférieur anormal ,

il est associé à une sténose intrinsèque de la jonction pyélo-urétérale . On ne peut se contenter alors de la résection ou du déplacement de ce pédicule .

3) Les autres causes sont plus discutables .

On a incriminé une valvule (ou éperon muqueux) obstruant le collet . Elle est très difficile à mettre en évidence macroscopiquement . En effet , si l'on fend verticalement la jonction, lors des manoeuvres , cet éperon muqueux faisant valve s'efface (il est toujours petit) . On ne peut vraiment l'affirmer que sur des pièces de néphrectomie enlevant la portion haute de l'uretère : on injecte du formol pour fixer et durcir la pièce avant de la couper longitudinalement . A. PINTO de CARVALHO a pu ainsi en mettre en évidence , grâce à la constatation d'un axe musculaire charpentant la muqueuse .

Certains nient ces valves ou plus exactement les considèrent comme secondaires à la distension pyélique .

Si on ne peut les voir lors d'une intervention exploratrice , on peut les soupçonner sur le fait que , lorsqu'on appuye sur le bassinet , on n'arrive pas à faire passer l'urine dans l'uretère , alors que l'injection de sérum à contre courant , par l'uretère , remplit facilement le bassinet .

4) L'implantation haute et non déclive de l'uretère a été accusée de provoquer des hydronéphroses . En fait , cette implantation haute a été toujours retrouvée . Elle n'est que la conséquence de la distension du bassinet qui gonfle sa portion inférieure , la rendant convexe vers le bas et déplaçant la jonction .

Il est certain , néanmoins , qu'une fois installée , cette implantation haute de l'uretère , qui est généralement fixée par l'adventice au bassinet , crée un coude qui est comprimé , donc une sténose extrinsèque de la jonction , d'où un cercle vicieux .

5) Les formations fibreuses péri-urétérales (classique syndrôme d'Östling) sont accusées de comprimer ou couder l'uretère . Nous les avons retrouvées 10 fois (sur 130) isolées en dehors de toute intervention antérieure ou de lithiase . Il s'agit de brides tendues , serrées avec parfois siphon de la jonction . Parfois , elles sont étiquetées péri-urétérite , péri-pyélite dense .

On a pu incriminer à l'origine de ces brides , des traumatismes et dans une observation au moins , on peut se demander si l'hydronéphrose n'est pas secondaire à une grosse contusion du rein .

Ailleurs , on les lie à des phénomènes infectieux avec poussée d'oedème puis fibrose . Certaines hydronéphroses à poussée (dites intermittentes) ont des crises douloureuses avec distension aigue , correspondant à des phénomènes infectieux avec oedème rétrécissant la jonction .

La frontière entre ces hydronéphroses souvent modérées et les pyélo-néphrites est bien mince et il est probable que certaines de ces formes sont abusivement étiquetées hydronéphroses , et opérées , généralement avec peu de succès .

Lorsque l'hydronéphrose s'associe à une lithiase , on retrouve souvent ces formations fibreuses .

6) On peut en rapprocher les réinterventions sur le bassinet et la jonction ; dans ces cas , la cause de l'hydronéphrose est évidente : sténose de la jonction par sclérose rétractile post-opératoire . Nous en avons 14 cas, dont 6 avec lithiase, qui ont subi des pyéloplasties dont certaines itératives .

Doit-on faire entrer ces cas dans l'hydronéphrose telle que nous l'avons définie ? Certes , il s'agit d'hydronéphroses acquises et non plus congénitales , mais certaines de ces réinterventions sont des reprises de plasties faites antérieurement pour hydronéphrose congénitale .

7) Quant au problème de la lithiase , il est difficile : nous avons écarté dans la définition les lithiases de la jonction pyélo-urétérale qui , certes , provoquent des distensions pyélo-calicielles, mais dont le pronostic est à part .

Les lithiases pyéliques ou calicielles accompagnant une hydronéphrose par sténose de la jonction pyélo-urétérale , existent, mais en fait sont assez rares , tout du moins en l'absence d'intervention chirurgicale . Nous en reparlerons en discutant les diagnostics différentiels .

8) On a encore incriminé la sténose par hypertrophie musculaire de la jonction . On l'a comparée à la sténose du pylore du nourisson et on a tenté de lui appliquer un traitement identique . En fait , cette étiologie semble rarissime .

9) Parfois , l'hydronéphrose survient sur un rein en fer à cheval . Nous en avons 6 cas . Le mécanisme classiquement évoqué : compression de l'uretère par l'isthme ne semble pas le bon . En effet , la simple section de l'isthme ne guérit pas ces hydronéphroses . Elle semble , au contraire , nuisible .

Par contre , on peut retrouver : une artère anormale , un rétrécissement de la jonction , ou peut être une cicatrice fibreuse consécutive à une lithiase qui est fréquente ici (4 cas sur 6) .

10) Enfin , restent les cas (16 dans notre statistique) où on ne retrouve aucun obstacle visible . Le bassinet est distendu mais extérieurement on ne voit rien d'anormal , l'explorateur à boule passe sans ressaut dans l'uretère . Que faut-il penser de ces cas ?

Ils sont connus depuis longtemps : signalés dès 1881 par KEHRER puis ROSENSTEIN .

STAPLES , en 1884 , parlait de spasme nerveux de la jonction ou peut être d'une invagination ou intussuception spasmodique de cette jonction .

La pratique du radio-cinéma urinaire a permis d'étudier les contractions du bassinet et de l'uretère et de noter dans les hydronéphroses , un asynchronisme entre les contractions du bassinet et de l'uretère . Les contractions s'effacent à la jonction pour réapparaître à la partie haute de l'uretère à un rythme plus lent .

On a donc été tenté de parler de déficit neurogène au niveau de la jonction et de le comparer à la maladie de HIRSCHPRUNG, en parlant d'achalasie . Malheureusement , on n'a jamais pu mettre en évidence dans l'uretère ou la jonction du sujet anormal , de cellules ganglionnaires , ce qui enlève son substratum anatomique à une telle théorie .

Quoiqu'il en soit , cette incoordination fonctionnelle semble réelle . Elle n'apparaît qu'à de fortes pressions dans le bassinet , en particulier par diurèse plus abondante ou en position couchée , ce qui explique le caractère clinique intermittent dans certains cas . L'U.I.V. en période douloureuse pourrait les individualiser alors .

On a incriminé (MURNAGHAN , 1957) un développement insuffisant des fibres musculaires en spirale de l'extrémité supérieure de l'uretère avec prépondérance des fibres longitudinales .

Au total : parmi les différentes étiologies , il faut essentiellement retenir les sténoses congénitales de la jonction , les vaisseaux polaires inférieurs anormaux , les scléroses post-opératoires .

L'étiologie précise ne sera généralement diagnostiquée qu'à l'intervention chirurgicale .

*

* *

RAPPEL ANATOMIQUE DES VOIES EXCRETRICES URINAIRES

C'est au niveau de la papille , sommet d'une pyramide de Malpighi , en relief dans le fond d'un calice , que s'ouvrent les orifices terminaux des canaux collecteurs de Bellini . Dix à quinze pores urinaires perforent ainsi le sommet de la papille qui prend le nom de pars cribrosa.

Il n'y a aucun dispositif valvulaire ou sphinctérien pour assurer l'ouverture ou la fermeture des canaux collecteurs .

La papille est une formation solidement charpentée par les canaux , les vaisseaux droits ; elle est rigide et nécessitera , pour être refoulée , des pressions urinaires élevées . A l'U.I.V., l'applatissement du relief de la papille est le meilleur signe d'hyperpression urinaire à l'intérieur d'un calice .

Le calice forme un cône creux qui enveloppe la papille . Sa ligne d'insertion autour de la papille s'appelle fornix .

Le calice se continue par un canal court , la tige , qui s'ouvre dans le bassinet directement ou par l'intermédiaire d'un calice plus grand .

La structure du calice comporte un urothélium avec son chorion , une couche sous-muqueuse riche en fibres élastiques , et deux couches musculaires . L'une interne plexiforme , l'autre externe , à disposition irrégulièrement cylindrique .

Dans ce tissu musculaire , on a individualisé plusieurs dispositifs .

HENLE a montré l'existence d'un muscle circulaire que NARATH appelle sphincter du fornix . Il paraît capable d'occlure. la partie haute du cône papillaire .

NARATH a isolé des " muscles élévateurs du fornix " tendus du fornix aux flancs des pyramides de Malpighi .

La tige calicielle est aussi pourvue d'une enveloppe musculaire : le muscle longitudinal du calice .

La jonction pyélo-calicielle est entourée d'un sphincter de la tige .

Le bassinet a une structure riche en fibres élastiques et musculaires , ces dernières à disposition plexiforme .

La jonction pyélo-urétérale , ne possède , elle , aucune différenciation musculaire , et sur des coupes longitudinales , il est impossible de préciser le niveau de la jonction .

Quant au tissu nerveux intrinsèque , théoriquement présent pour assurer la coordination des différents appareils musculaires, il n'a jamais pu être mis en évidence malgrè de nombreuses recherches (HUEBLER 1922 puis HRYNTSCHAK) .

La musculeuse du bassinet et de l'uretère apparaît totalement démunie de cellules ganglionnaires . On ne les retrouve que près de la terminaison urétéro-vésicale .

On admet , sans pouvoir le démontrer , l'innervation autonome du bassinet et de l'uretère .

DYNAMIQUE EXCRETOIRE .

Le progrès de certains examens , telle la pyélo-scopie , la manométrie (GREGOIR) et le radio cinéma urinaire (PORCHER, NOIX et B. FEY) ont permis de préciser le fonctionnement des calices et du bassinet .

On distingue deux phases :

1 - La systole pyélique correspond à la fermeture des tiges calicielles avec ouverture de la jonction pyélo-urétérale . La pression atteint alors 25 à 30 cm d'eau dans le bassinet .

2 - La diastole , correspond à la fermeture de la jonction pyélo-urétérale . Le bassinet , qui ne s'est jamais complètement vidé , se relache .

Les calices se contractent isolément selon un rythme sujet à des variations .

A l'U.I.V. , pendant le temps de repos pyélique , on observe le mieux le produit opaque se collectant dans le fornix et remplissant les divers calices .

Pendant la systole , au contraire , c'est la réplétion pyélique qui est la mieux observée .

*

* *

PHYSIOPATHOLOGIE DE L'HYDRONEPHROSE

Si la physiopathologie de l'obstruction complète de l'uretère est bien connue , parceque facile à reproduire expérimentalement et à étudier , il n'en est pas de même de l'obstruction incomplète , et surtout incomplète et non évolutive , qui est la lésion caractéristique d'hydronéphrose telle que nous l'avons définie .

En effet , tout procédé visant à rétrécir le calibre de l'uretère , comporte un temps opératoire qui engendrera une sclérose progressivement rétractile , donc un rétrécissement évolutif , alors que dans le rétrécissement congénital de la jonction pyélo-urétérale , on peut imaginer ce rétrécissement fixé une fois pour toutes (sauf en cas de surinfection , de lithiase ou d'intervention chirurgicale) .

L'obstruction complète ou incomplète de la partie haute de l'uretère , entraîne , en amont de l'obstacle , une rétention . L'urine continuant à être filtrée par les glomérules s'accumule dans le bassinet et les calices qui se dilatent .

I - En cas d'obstacle complet , la dilatation , dès les premières 24 heures , s'étend aux tubes collecteurs et à l'anse de HENLE .

A la troisième semaine , le tube rénal est totalement dilaté , du glomérule à la papille .

Le parenchyme rénal est refoulé . Dès les premiers jours la papille s'aplatit . A la troisième semaine , elle est atrophiée et ne fait plus saillie dans le calice . La médullaire s'amincit et refoule la corticale contre la capsule inextensible , entraînant des troubles circulatoires par compression des vaisseaux rénaux , aussi bien au niveau du parenchyme que du bassinet :

d'abord les capillaires veineux , puis les capillaires artériels , avec arrêt de la circulation glomérulaire et atrophie .

L'étude expérimentale par ligature de l'uretère , montre une chute précoce du flux sanguin rénal (de 40 %) .

Les vaisseaux droits , eux-mêmes , sont enfin comprimés et coudés , deviennent tortueux . La circulation se ralentit . Une atrophie totale et définitive des glomérules s'installe . L'atrophie rénale est le résultat final , à la fois par refoulement mécanique et troubles circulatoires avec ischémie progressive (nécrose papillaire en particulier) .

Seule la circulation collatérale , péri-rénale , persiste augmentée . Si on la détruit , on détermine une atrophie rapide par insuffisance circulatoire .

II - En cas d'obstruction incomplète , qui seule nous intéresse ici , on observe :

A - au niveau du bassinet : d'abord ,

1°) une élévation de la pression intra-pyélique . Le bassinet s'hypertrophie mais se contracte encore bien . Par l'élévation de sa pression , il permet une bonne évacuation à travers le rétrécissement ; c'est la phase de lutte .

2°) Progressivement ; la distension de ses fibres musculaires lisses diminue leur élasticité , et la pression endo-pyélique baisse . Les contractions sont plus amples et plus rares : c'est le stade de fatigue musculaire .

La contractilité persiste alors que la tonicité est effondrée .

Ce stade est reversible : la ponction de cette poche , réduisant son volume , fait reprendre des contractions efficaces .

3°) Au stade suivant , la distension s'accompagne de dégénérescence musculaire .

L'urine peut encore couler mais n'est plus propulsée par le mouvement péristaltique .

4°) Au stade ultime , c'est la sclérose complète du bassinet, totalement irréversible .

B - Au niveau du rein .

Lorsque la pression pyélo-calicielle est élevée , il se produit une altération de la filtration glomérulaire , surtout lorsque le bassinet est intra-rénal , car il est alors limité dans sa distension par la capsule inextensible . Les calices se dilatent plus et compriment davantage le parenchyme rénal et ses vaisseaux.

Dans les bassinets à développement extra-rénal , l'altération rénale est plus tardive . Il n'y a pas de rapport entre l'altération de la filtration rénale et le volume de l'hydronéphrose .

Le rein possède cependant deux processus physiologiques de protection contre l'hyperpression . L'un diminue le volume urinaire filtré , l'autre augmente la réabsorption , ce qui , au total , diminue la quantité de liquide à évacuer .

Ce sont :

- d'une part, l'anoxémie corticale " rénal shunt de Trueta " qui diminue la filtration glomérulaire .

- D'autre part surtout , la réabsorption urinaire au niveau du fornix et des tubes droits , avec évacuation par voies lymphatiques ou veineuses (bien démontrée par HINMAN et LEE - BROWN dès 1924) . Ce phénomène de réabsorption est capital comme moyen de protection du rein .

L'urine finalement éliminée a une concentration correcte lorsque ce mécanisme marche bien .

La réabsorption sera altérée essentiellement par l'infection ascendante : les phénomènes inflammatoires épaississent la muqueuse de revêtement des calices , ou la sclérosent , diminuant cette réabsorption .

C'est dire le danger pour le rein hydronéphrotique de toute infection (c'est peut être un des arguments importants contre le drainage des reins non infectés) .

*

* *

REVERSIBILITE DES LESIONS

C'est un des points les plus intéressants de l'étude physiopathologique : quelle amélioration peut-on attendre du traitement ?

I - L'expérimentation a pu préciser que , en cas d'obstruction complète de l'uretère , pendant trois semaines , le rein est devenu incapable de supporter seul l'excrétion urinaire après néphrectomie contro-latérale (HINMAN 1926) .

KERR (1954-1956) a montré que plus la période d'obstruction était grande , plus longtemps il fallait attendre pour obtenir un retour fonctionnel à son maximum . Une obstruction de 7 jours , met 57 jours à récupérer .

GOVAN (1961) montra qu'il n'existait aucune différence à l'examen microscopique entre le rein à la levée de l'obstruction et au moment de la récupération fonctionnelle maximum .

II - Dans l'obstruction incomplète .

Il semble bien que l'équilibre est déjà réalisé et qu'on ne peut attendre d'amélioration fonctionnelle rénale du rein que l'on opère .

III - On peut artificiellement opposer :

1) la récupération de la voie excrétrice qui exige un tissu élastique et musculaire satisfaisant , non sclérosé : c'est le cas des hydronéphroses récentes (ou acquises) où le bassinet lutte .

Dans les vieilles hydronéphroses congénitales , où les fibres élastiques ont été distendues , avec bassinet atone , l'amélioration est aléatoire ou incomplète malgrè la diminution de la stase .

2) La récupération de la sécrétion rénale , qui semble bien aléatoire dans tous les cas : la levée de l'obstacle enlève la stase mais agit peu sur le pouvoir de concentration des urines. De toute façon , elle exige qu'il reste au moins 1/5 de parenchyme sain .

Au total : c'est dans les formes évolutives qu'on peut attendre une amélioration par l'intervention chirurgicale en stoppant cette évolution .

Dans les formes fixées : l'amélioration à attendre ne peut être que clinique (sur les douleurs) et parfois morphologique (après réduction du bassinet) .

*

* *

E T U D E C L I N I Q U E

La symptomatologie des hydronéphroses peut être totalement silencieuse . Nous en avons la preuve par 3 observations concernant des hommes de 75 , 77 , et 78 ans qui n'avaient jamais souffert et présentaient l'un , une énorme hydronéphrose unilatérale et les deux autres bilatérales .

L'un d'eux a eu son diagnostic affirmé par une vérification nécropsique (il est décédé une heure après son admission à l'hôpital , à 77 ans) . Les deux autres par des U.I.V. . Ils n'ont pas été opérés .

Néanmoins , dans la plupart des cas , l'hydronéphrose se révèle par un certain nombre de signes fonctionnels .

I - La douleur .

Elle est le signe le plus fréquent , mais ni constant ni caractéristique .

- Il s'agit parfois de la crise typique de colique néphrétique (39 fois sur 141 cas analysés cliniquement) .

- Le plus souvent , il s'agit (120 fois sur 141) de douleurs lombaires de siège unilatéral du côté de l'hydronéphrose, seul caractère les distinguant des lombalgies banales . Elles sont variables dans leur horaire , leur position , leur intensité, leur irradiation . Elles peuvent alterner avec les crises de colique néphrétique .

Parfois ces douleurs siègent à distance :

- épigastriques rarement ,

- dans les fosses iliaques plus fréquement (31 fois).

Ces douleurs peuvent faire évoquer d'autres diagnostics (appendicite en particulier) . Les chiffres sont significatifs: alors que l'hydronéphrose siégeait à droite dans 70 cas , à gauche dans 69 cas , était bilatérale dans 6 cas (dont 4 prédominant à gauche) , nous avons retrouvé l'antécédent d'appendicectomie dans 25 cas d'hydronéphrose droite contre 14 dans les hydronéphroses gauches (encore n'a-t-on pu préciser si l'appendice était réellement malade dans ces cas) .

Après les douleurs , et par ordre de fréquence , ce sont les troubles urinaires que nous retrouvons .

II - Les troubles urinaires .

1) Le plus souvent des signes de cystite traduisent une infection urinaire : dysurie , pollakiurie , pyurie: dans 55 cas (dont 3 fois sans aucune douleur lombaire associée) ; 46 fois ces signes urinaires s'accompagnaient de signes infectieux avec fièvre à 39°-40° , frissons .

2) L'hématurie n'est pas rare puisque nous l'avons rencontrée 35 fois .
12 fois , elle accompagnait une cystite et avait ses caractères (douloureuse et fébrile) .
8 fois , elle accompagnait une lithiase et on peut discuter le mécanisme de cette hématurie .
6 fois , elle était associée à lithiase et infection (la plupart de ces malades ont subi une néphrectomie) .

9 fois elle était isolée : sans lithiase ni infection . Il s'agissait toujours de très grosses hydronéphroses avec images de calices en boules au minimum,et gros retard de sécrétion à l' U.I.V. .

On peut discuter dans son mécanisme : la nécrose papillaire et l'infarctus rénal :

Une fois , il s'agissait d'un malade sous anticoagulants pour infarctus du myocarde . Il n'a pas été opéré .

- Trois

Une fois de rein en fer à cheval avec H.T.A. . Trois de ces malades ont du subir une néphrectomie d'emblée .

III - La tumeur lombaire est retrouvée lorsque l'hydronéphrose est très volumineuse ou que le sujet est assez maigre ou ptosique . Elle est irrégulière , lisse , tendue , mate , mais parfois régulière .

Classiquement , son volume est variable d'un examen à l'autre . Nous avons retrouvé 16 fois une tuméfaction lombaire dominant les signes cliniques ; 3 fois c'est le malade lui-même qui avait découvert cette tuméfaction , ce qui l'amenait à consulter.

9 de ces malades ont subi une néphrectomie car il s'agissait d'énormes hydronéphroses avec rein détruit . Un malade porteur d'une duplicité rénale a subi l'ablation d'un hémi-rein .

Six autres malades ont eu des pyéloplasties , il s'agissait:

- 3 fois de femmes ptosiques ,
- 3 fois de grosses hydronéphroses .

Les six ont conservé leur rein .

IV - Parmi les autres manifestations amenant l'examen urologique et la découverte de l'hydronéphrose , il faut signaler :

1°) Une albuminurie dans 6 cas , mais une seule fois isolée. Dans les autres cas , elle accompagnait des signes d'infection urinaire .

2°) Une hypertension artérielle 3 fois (modérée : 18½/11 , 18/10 , 17/12) . Elle a permis le diagnostic par l' U.I.V. demandée systématiquement .

La néphrectomie a été pratiquée deux fois avec un bon résultat sur la tension artérielle une fois sur deux .

Le troisième , âgé de 25 ans , présentait une hydronéphrose bilatérale et a subi une plastie bilatérale ; Foley d'un côté , HAMILTON STEWART pour vaisseau anormal de l'autre , avec un bon résultat urologique . Mais la tension artérielle n'a pas bougé .

Deux autres malades hypertendus présentaient une hydronéphrose :

- chez l'un (25/12) , elle était associée à un rein en fer à cheval . La néphrectomie n'a pas évité , chez cet homme de 58 ans , l'apparition d'une hémiplégie 5 mois après .
- L'autre malade n'a pas été opéré du fait d'un infarctus du myocarde récent .

Au total : 5 H.T.A. sur 140 hydronéphroses . Il semble donc bien que l'hydronéphrose ne soit jamais responsable directement d'une H.T.A. puisque sa fréquence n'est pas plus élevée que dans le reste de la population . Ces constatations avaient déjà été faites par MEGIBOW 1942 , WILLIAMS 1938 et bien d'autres auteurs .

3°) Une fois une polyglobulie à 8 millions de globules rouges chez un homme de 73 ans , a fait pratiquer une U.I.V. , mettant en évidence une grosse hydronéphrose . La néphrectomie pratiquée a permi de retrouver une artère polaire anormale responsable de cette hydronéphrose et d'améliorer la polyglobulie sans la faire disparaître complètement .

4°) Une fois , c'est l' U.I.V. systématique , chez un malade de 23 ans , consultant pour varicocèle douloureux qui a découvert l'hydronéphrose .

5°) Les troubles digestifs , lorsqu'ils s'associent aux douleurs abdominales , peuvent faire évoquer le diagnostic et entraîner de nombreuses explorations radiologiques : il s'agit de nausées , vomissements , dyspepsies .

6°) Nous n'avons rencontré qu'une fois des troubles de croissance (chez un enfant de 7 ans) , mais celà tient à la clientèle habituellement d'adultes .

7°) Quant à la rupture ou l'éclatement du bassinet dans les hydronéphroses très tendues , elle est assez exceptionnelle et nécessite généralement un traumatisme important .

*

* *

E X A M E N C L I N I Q U E

En dehors des cas déjà vus où l'on retrouve la tuméfaction lombaire , l'examen clinique est très pauvre .

Le bas appareil est normal , c'est le point le plus important de l'examen , dont le but est de rechercher d'éventuelles contrindications à un traitement chirurgical .

En fait , le diagnostic repose sur les examens radiologiques seuls .

*

* *

E X A M E N S C O M P L E M E N T A I R E S

L'UROGRAPHIE INTRA-VEINEUSE (U.I.V.) .

L'U.I.V. est l'examen essentiel et sa technique devra être parfaite . Après dosage de l'urée , pour vérifier que son taux est inférieur à 0,80 g/l , on prendra un cliché sans préparation ; il peut montrer , en cas d'hydronéphrose importante , une augmentation de volume de la silhouette rénale , parfois même , un refoulement du cadre colique . Surtout , on recherchera attentivement une lithiase . Puis on prendra les clichés habituels , après injection intra-veineuse du produit de contraste .

L'hydronéphrose est , à notre avis , un des rares cas où la compression soit inutile (puisqu'il y a déjà de la stase) . Elle peut même être nuisible lorsqu'elle est mal centrée ou mal dosée en donnant de fausses images d'hydronéphrose .

Par contre , il est capital de lire mouillés les clichés au fur et à mesure qu'ils sont pris de façon à savoir quand on pourra arrêter l'examen . Ce ne sera parfois qu'au bout de plusieurs heures que l'on verra s'opacifier et se dessiner le bassinet d'un rein qu'un examen routinier aurait qualifié de " muet " .

Certains auteurs ont insisté sur l'intérêt de ragarder la vidange du bassinet en changeant la position du malade : position debout et décubitus ventral en particulier .

Quels renseignements peut-on tirer de l' U.I.V. ? A condition d'avoir une bonne technique et une grande habitude de l'interprétation des clichés , les renseignements que l'on peut en tirer sont irremplaçables .

1 - Le retard à l'opacification des calices sera noté :

- tantôt inexistant dans les hydronéphroses modérées avec bonne fonction rénale ,

- tantôt net et alors à interpréter en fonction du volume des calices dans lequel le produit de contraste doit se diluer . Plus ce volume est grand , plus l'opacification est lente et faible .

2 - La forme des calices est , plus que celle du bassinet, intéressante .

En effet , on peut considérer les papilles , qui sont situées dans le fond des calices , et se dessinent normalement à l' U.I.V. sous forme d'une courbe fortement convexe en dedans (ou concave en dehors) comme de véritables petits manomètres : l'augmentation de la pression intra-calicielle aura tendance à applatir d'abord ces fonds de calices puis même , à les rendre convexes en dehors tandis que les calices deviennent eux aussi sphériques ; l'image alors réalisée sera celle d'une " boule " à contours réguliers .

Les boules sont plus ou moins volumineuses . Elles apparaissent tantôt simultanément , tantôt les unes après les autres . Elles témoignent d'une pression intra-pyélique de 30 mm de Hg.

3 - L'aspect du bassinet .

Son opacification est souvent retardée mais , là encore , il faut interpréter ce retard : parfois témoignant d'une lésion fonctionnelle rénale (lorsque le bassinet est petit) , parfois

n'étant que le reflet de son grand volume ; le produit de contraste s'y dilue lentement et l'image est pâle . Il faut des clichés très retardés .

Tentôt la dilatation est modérée : les bords du bassinet sont simplement arrondis .

Tantôt elle est très importante et calices et bassinet forment une poche unique globuleuse .

On peut encore préjuger de l'état de tension de ce bassinet: lorsqu'il est flasque , il se moule sur les organes voisins et en particulier le relief du psoas ; lorsqu'il est très tendu , il est globuleux , arrondi .

4 - La vidange du bassinet .

Elle est très lente , de façon constante . L'uretère n'est pratiquement jamais vu ; les passages urétéraux sont trop minimes pour être visibles sur les clichés .

Dans certains cas , cependant , l'uretère se dessine un peu, très pâle sur les clichés très tardifs ; celà indique un obstacle peu serré et doit faire rediscuter de toute façon le diagnostic , même si un cliché montre un rétrécissement de la colonne opaque au niveau de la jonction pyélo-urétérale .

En effet , l'image radiologique saisit au vol une attitude fonctionnelle . Ce n'est qu'un instantané et projeté sur un plan sans relief . Un oeil peu averti peut prendre pour un rétrécissement une contraction péristaltique de la jonction .

5 - L'absence d'injection d'un rein (" rein muet ") , doit être discutée aussi .

Il peut s'agir de l'absence congénitale d'un rein . Une bonne radiographie standard peut permettre d'éliminer ce diagnostic en montrant les contours du rein .

Il peut s'agir d'une sécrétion bloquée , lors d'une poussée aigue (et réversible secondairement) ; lorsque la pression intra pyélique est supérieure à 50 cm d'eau le produit de contraste ne passe pas (pour des pressions de l'ordre de 40 à 50 mm de Hg , on observe une image de néphrographie) .

Il peut enfin s'agir d'absence totale et définitive de fonction rénale . On ne pourra l'affirmer qu'après plusieurs examens et clichés très retardés (12 ème heure) .

6 - L'état de l'autre rein .

L'état de l'autre rein sera attentivement noté car si les cas bilatéraux sont assez rares , l'autre rein peut être frappé d'une autre maladie .

L'URETERO-PYELOGRAPHIE RETROGRADE (U.P.R.) .

Elle n'offre certes aucun renseignement d'ordre fonctionnel , ne donnant que des renseignements morphologiques .

Comme tous les examens comportant une endoscopie et une injection rétrograde , elle présente des risques infectieux sérieux . Mais c'est , cependant , un examen capital indispensable lui aussi pour affirmer le diagnostic . En effet , seule l'U.P.R. permet de localiser la lésion à la jonction pyélo-urétérale , éliminant par la cystoscopie toutes les lésions basses pouvant entraîner une stase en amont et par l'injection urétéro-pyélo-calicielle , toutes les autres anomalies de la voie excrétrice . C'est elle en définitive qui balaye tous les diagnostics différentiels.

On pratiquera cet examen avec une aseptie chirurgicale et presque " orthopédique " , après cystoscopie minutieuse , à l'aide de la sonde bouchon type Chevassu , bloquée dans l'orifice urétéral, on injecte cm3 par cm3 en prenant des clichés : l'uretère est normal jusqu'à la jonction pyélo-urétérale où siège un obstacle, généralement un rétrécissement . Cette jonction est située assez haut sur le bassinet que l'on remplit lentement . On notera ensuite la lenteur ou l'absence d'évacuation pyélique . Il y a intérêt à se " couvrir " d'antibiotiques pendant quelques jours (de préférence après un antibiogramme sur les urines) .

Une autre technique , lorsque l'intervention est de toute façon décidée , consiste à pratiquer l' U.P.R. sous anesthésie , en salle d'opération , comme premier temps de l'intervention .

Nos 180 hydronéphroses ont , à 3 ou 4 exceptions près , subi une U.P.R. pré-opératoire . Il y a eu 4 accidents septiques marqués par fièvre à 39°-40° , frissons , douleur lombaire . Un seul de ces malades a du subir une néphrectomie presque en urgence ; il s'agissait d'une énorme hydronéphrose qui , de toute façon , aurait subi une néphrectomie . Celà se passait en 1954 et depuis , la stérilisation du matériel d'endoscopie a fait de gros progrès .

Les autres cas ont rétrocédé sous antibiotiques . Une fois , il s'agissait d'ailleurs de pyélographie ascendante pratiquée ailleurs et à ce propos , il faut condamner cet examen qui n'apporte que des images mauvaises , trompeuses et dont le danger est plus grand que celui de l' U.P.R. .

GREGOIR ne reconnait " d'autre contrindication aux examens rétrogrades que l'incompétence de l'opérateur " .

Sans aller jusque là , on peut dire qu'il faut connaître les dangers infectieux de l' U.P.R. pour les prévenir par une technique et une asepsie parfaites, et en réservant ses indications aux hydronéphroses qui nécessitent une intervention chirurgicale ; l' U.P.R. est alors indispensable pour vérifier la perméabilité de l'uretère au dessous de l'obstacle présumé .

LES AUTRES EXAMENS RADIOLOGIQUES ont un intérêt , mais ne sont pas encore entrés dans la pratique courante .

La pyélographie per cutanée , consiste à injecter , avec stricte asepsie , un produit de contraste dans le bassinet que l'on ponctionne à l'aide d'une aiguille longue et fine , enfoncée trans-cutanée dans la région lombaire , après repérage radiologique soigneux de la situation du rein . On peut prélever ainsi de l'urine du bassinet pour la culture .

On obtient de bonnes images de la morphologie pyélo-calicielle et en quelque sorte , une pyélographie descendante .

En fait , le liquide stagne dans le bassinet et cet examen ne vaut pas l' U.P.R. (du moins dans les hydronéphroses) . IL évite les manoeuvres par voie basse , mais n'est pas exempt de danger infectieux . Nous en avons deux exemples .

L'aortographie ou mieux l'artériographie rénale sélective par un cathéter monté par l'artère fémorale jusqu'à l'origine des artères rénales , donne certes de jolies images et peut mettre en évidence parfois un vaisseau anormal . En fait , elle n'a d'intérêt que lorsqu'on craint une autre lésion rénale associée à l'hydronéphrose .

Nous l'avons fait pratiquer 3 fois ; 2 fois pour une H.T.A. associée et une fois parceque l'hématurie ne semblait pas bien expliquée par une hydronéphrose modérée .

Le radio-cinéma urinaire permet , grâce à l'amplificateur de brillance de suivre sur écran de télévision et de filmer le découlement de l' U.I.V. ou l'évacuation d'un produit injecté par

voie rétrograde . Il donne d'excellents renseignements sur la motricité du bassinet et des calices , facteurs importants de la récupération fonctionnelle post-opératoire .

Mais . de bonnes U.I.V. permettent de se passer de cet examen .

Quant à la pyéloscopie , qui permettrait l'étude de la contraction pyélique , et à l'urokymographie (GREGOIR) , qui explore avec précision cette contraction , leur intérêt est uniquement théorique .

L'EXAMEN CYTO-BACTERIOLOGIQUE DU CULOT URINAIRE (E.C.B.) a , par contre , un énorme intérêt pronostique . Le prélèvement des urines sera fait avec une asepsie rigoureuse pour ne pas fausser cet examen et en particulier la culture des urines qui permettra d'étudier la sensibilité du ou des germes éventuels aux antibiotiques et sulfamides .

Cet examen permet de vérifier l'absence de BK et d'opposer:

1 - les hydronéphroses à urines stériles (à la culture),

2 - les hydronéphroses sans pyurie macroscopique mais où un germe pousse à la culture (se méfier des souillures) ,

3 - les hydronéphroses avec pyurie : nombreux leucocytes altérés et germes visibles après coloration de Gram à l'examen direct .

Il sera pratiqué avant et après l' U.P.R. (en particulier en recueillant les urines par la sonde de Chevassu ; mais celà pose un problème technique : éviter de mettre des bulles lors de l'injection du produit de contraste) .

*

* *

E V O L U T I O N

L'évolution des hydronéphroses expérimentales se fait vers la dégradation progressive du parenchyme rénal aboutissant à sa destruction complète .

Mais , dans ce cas , il s'agit de sténose évolutive de l'uretère .

1 - L'évolution spontanée de certaines hydronéphroses est comparable : en particulier de celles qui sont associées à une lithiase , ou qui sont infectées (en dehors même de toute manoeuvre instrumentale) . Il y a une aggravation des images urographiques .

2 - A l'opposé , il est des hydronéphroses qui n'évoluent pratiquement pas : nous avons plusieurs observations de malades suivis pendant des années ou des dizaines d'années chez lesquels l'U.I.V. est inchangée . Il s'agit généralement alors de malades porteurs de sténoses congénitales de la jonction , non infectées et chez lesquels s'établit un certain équilibre entre le degré de la sténose et la pression pyélo-calicielle , aboutissant à une fonction soit bonne , soit diminuée , mais stable .

3 - Enfin , il est des formes stables pendant longtemps, qui font de temps en temps des poussées ,

- soit liées à une infection : pyélonéphrites qui peuvent guérir sous antibiotiques ou évoluer , en aggravant l'hydronéphrose ,
- soit à l'apparition d'une lithiase , ce qui est assez rare en l'absence d'infection ou d'intervention ,

- soit liées à des explorations intempestives ,
- soit de simples poussées douloureuses liées à la distension pyélique brusque , par un excès de boissons , et qui rétrocèdent en quelques heures à quelques jours sans aggraver la fonction rénale.

*

* *

T R A I T E M E N T

LES METHODES CONSERVATRICES .

On distingue généralement trois types de méthodes :

I - Les interventions sans ouverture du conduit urinaire ,

2 - Les méthodes avec incision du bassinet ou de l'uretère , mais conservation de la continuité pyélo-urétérale .

3 - Les méthodes qui sacrifient la continuité pyélo-urétérale.

o

• o

I - Les interventions qui n'ouvrent pas le conduit urinaire .

A - La section des vaisseaux polaires inférieurs anormaux abordant la jonction pyélo-urétérale fut pratiquée dès 1898 par ROVSING .

Elle semble justifiée dans les cas où le vaisseau est manifestement un obstacle à l'évacuation correcte du bassinet et que sa section entraîne une bonne évacuation du bassinet .

Il peut s'agir:d'une artère venant , soit directement de l'aorte , soit de l'origine de l'artère rénale ,

- plus rarement d'une veine gagnant directement la veine cave ,

- le plus souvent d'un pédicule artério-veineux, croisant la jonction pyélo-urétérale ou la partie haute de l'uretère .

Les artères rénales étant toutes des artères terminales , toute ligature entraîne une nécrose dans le territoire rénal dépendant : celui-ci est plus ou moins étendu,en rapport avec le calibre de l'artère .

La conséquence de la section d'une artère volumineuse est un infarctus volumineux pouvant entraîner une hémorragie secondaire importante , une fistule , une infection , une hypertension artérielle généralement passagère (CACCHI DELL ADAMI) , BOEMINGHAUS et GOTZENER rapportent 7 cas sur 36 en 1952 .

SIMON , en 1951 relevant 404 sections de vaisseaux , notait:

- 6 hémorragies graves ,
- 11 infarctus et nécroses retrouvées à l'autopsie ou sur pièces de néphrectomie secondaire et ,
- 10 fistules rénales .

Il y avait 12 néphrectomies secondaires polaires ou totales et 2 décès . Déjà , BERGENDAHL (Suède 1936) , notait 10 complications post-opératoires sérieuses .

MARION et PERRARD , en 1944 , pour pallier à ces complications , ont proposé de compléter la section vasculaire par une néphrectomie polaire inférieure emportant le territoire infarci qui se voit bien par son changement de couleur après ligature artérielle .

KHOURY (1956) , injecte de l'Indigocarmin dans la lumière de l'artère anormale de façon à voir l'importance du territoire rénal ainsi vascularisé avant ligature , ce qui permet , lorsque ce territoire est très important , de choisir une autre

méthode . En effet , le clampage , même provisoire , pour voir le changement de coloration , n'est pas sans danger de nécrose .

RAYMOND BERNARD et CHARLEUX (1961) ont décrit un cas où la section de patites branches de l'artère anormale , amarrant la jonction , ont pu être liées isolément sans sacrifice de l'artère elle-même avec un bon résultat . Nous n'avons pas retrouvé de cas identique .

L'étude récente de la statistique lyonnaise de CIBERT (1962) rapportée par DURAND , MOLLARD , CHAMOUTON et MASSOUMI fait état de 72 sections vasculaires isolées ou associées à une néphropexie sans ouverture des voies excrétrices et sans fistule ni hématurie , mais avec un décès (cas bilatéral en une fois), 5 néphrectomies secondaires , 3 échecs et 5 résultats imparfaits.

Pour notre part , nous n'avons qu'une expérience très modeste de cette technique mais nous avons eu à pratiquer 2 fois une néphrectomie , un an et 6 ans après une section de vaisseau anormal pratiquée ailleurs : dans les deux cas , le rein était muet et fonctionnellement détruit , une fois d'ailleurs sans grande gêne pour le malade .

B - L'urétérolyse ,

est le temps préparatoire des interventions plastiques . Il consiste en la dissection des brides plus ou moins denses qui entourent l'uretère , le bassinet et leur jonction , des adhérences qui fixent des conduits urétéraux en forme de siphon parfois .

Certains se contentent de cette simple dissection menée de proche en proche minutieusement , lorsqu'ils ne trouvent aucun obstacle extérieur visible , ni vaisseau anormal , ni rétrécissement visible extérieurement de la jonction .

Nous condamnons cette méthode qui n'est qu'une exploration incomplète . Il faut dans tous les cas , ouvrir le bassinet et cathétériser la jonction pyélo-urétérale et l'uretère pour être certain de ne pas laisser passer d'obstacle intrinsèque . Lorsque ces gestes ont été accomplis et que l'on n'a trouvé aucune cause d'hydronéphrose , alors seulement , on pourrait se poser le problème de refermer simplement la pyélotomie sans geste complémentaire .

C -- La néphropexie

suivant la libération du bassinet est généralement associée à une section de vaisseau polaire anormal .

PETTAVEL (1929) , ALESSANDRI (1930) , WILDBOLZ (1931) , FLANDRIN , ont essayé la néphropexie seule pour déplacer le croisement de vaisseau polaire anormal avec la jonction pyélo-urétérale .

Tous les résultats de cette méthode sont mauvais . Nous avons eu à réopérer 4 malades ayant eu des néphropexies antérieures .

Du point de vue technique : le procédé capsulaire d'ALBARRAN-MARION , amarrant la capsule rénale aux 10 ème et 11 ème côtes , ou celui de SURRACO , semble moins dangereux que la néphropexie parenchymateuse de GUYON-PAPIN .

Dans tous les cas , il faut reconstituer un solide hamac graisseux sous le rein .

Mais répétons-le , la néphropexie n'a pas sa place dans le traitement des hydronéphroses ; elle n'améliore que rarement les images radiologiques dans presque toutes les statistiques .

D - L'énervation rénale ,

fut préconisée et pratiquée pour la première fois par PAPIN en 1909 .

Par voie lombaire simple ou par incision de FEY , on expose le pédicule rénal et on sectionne les filets nerveux sur tout le pourtour de l'artère rénale (PAPIN) , ou à leur origine (PERARD et BONAMY) : on sectionne les ganglions semi-lunaire,, aortico-rénal , parfois mésentérique supérieur et on infiltre de novocaïne le splanchnique .

Cette section , comme l'ont montré PAPIN et AMBARD (1922), CHIARIELLO (1927) , LEGUEU et FLANDRIN (1923) , DAMBIN (1936), FONTAINE et BILGER (1939) , HARRIS et HARRIS (1930) , OLDHAM (1935 et 1953) , PATERSON-ROSS (1935) , V.LICHTENBERG (1936), entraîne la disparition des douleurs liées à la distension pyélique sans conséquence fonctionnelle dangereuse .

Nous n'avons pas l'expérience de cette méthode . Le fondement physiopathologique est la théorie neurogène : dans les hydronéphroses où on ne retrouve aucun obstacle mécanique , mais qui sont très douloureuses , elle est peut-être bonne .

DURAND , MOLLARD et BOSSER (1962) en signalent 10 cas avec 50 % de guérison clinique et 30 % d'amélioration radiologique .

E - Les procédés réduisant sans l'ouvrir le bassinet.

Il faut citer le capitonnage du bassinet à l'aide de fils faufilés dans le bassinet et réduisant son calibre décrit par CZERNY en 1896 , puis par ISRAEL , et le manchonnage , technique de HEITZ-BOYER .

F - La néphroplicature (néphroplastie) ou opération de HAMILTON-STEWART (1947) fut pratiquée pour la première fois par son promoteur en 1937 .

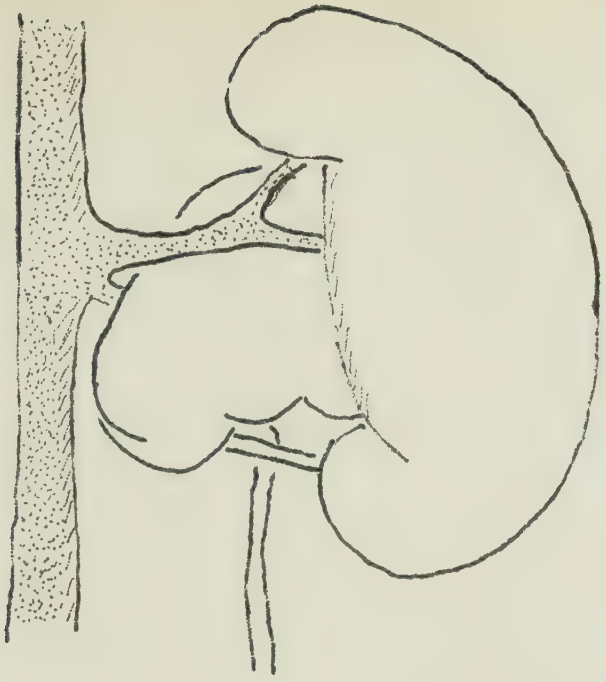
On commence par une dissection de la jonction pyélo-urétérale et des vaisseaux polaires inférieurs .

Devant le vaisseau polaire inférieur redescend la poche prolabée du bassinet remplie d'urine sous tension .

Les vaisseaux polaires sont séparés de l'uretère et du bassinet par une dissection prudente . Le bassinet est alors soulevé par l'index . L'urine peut alors rapidement couler dans l'uretère et la distension rénale disparaît .

Si l'hydronéphrose est volumineuse et la tension rénale considérable , il est préférable d'aspirer par ponction du bassinet, à l'aide d'une aiguille reliée à un aspirateur .

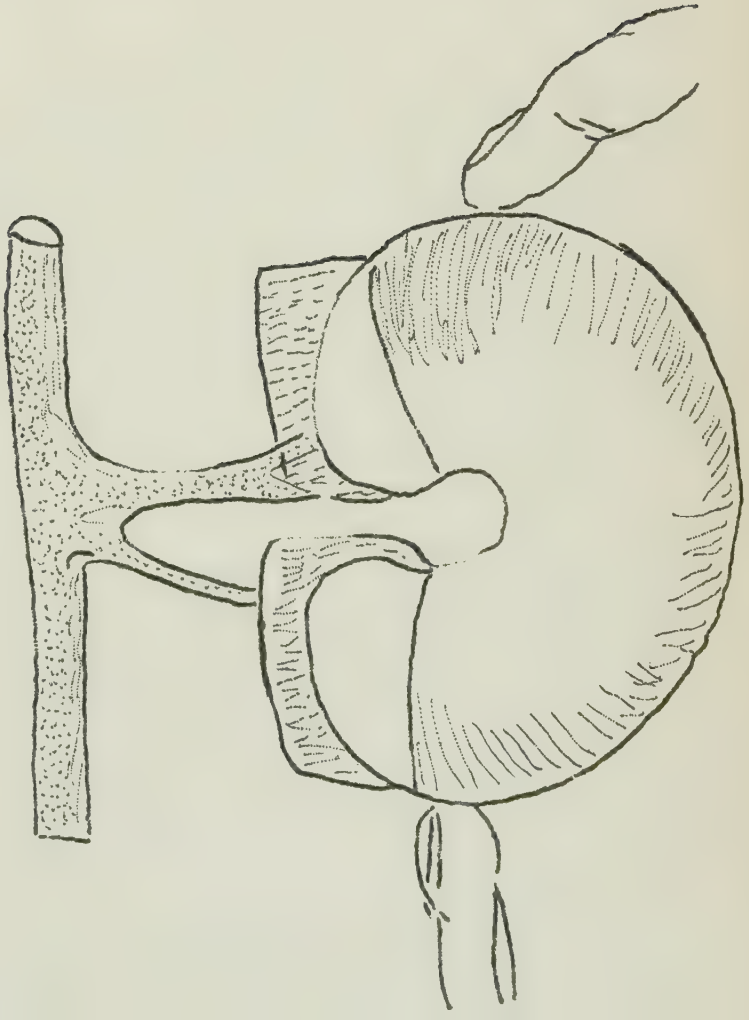
Il faut bien libérer la jonction pyélo-urétérale de toute adhérence au rein .



Vaisseau polaire inférieur anormal sous tendant la jonction pyélo-urétérale .

HAMILTON-STEWART (1)

On a décollé la capsule aux 2 pôles rénaux . Essai de plicature rénale .



Puis on incise la capsule rénale devant les deux pôles du rein et les deux lambeaux capsulaires restent attachés au bord convexe de chaque extrémité du rein .

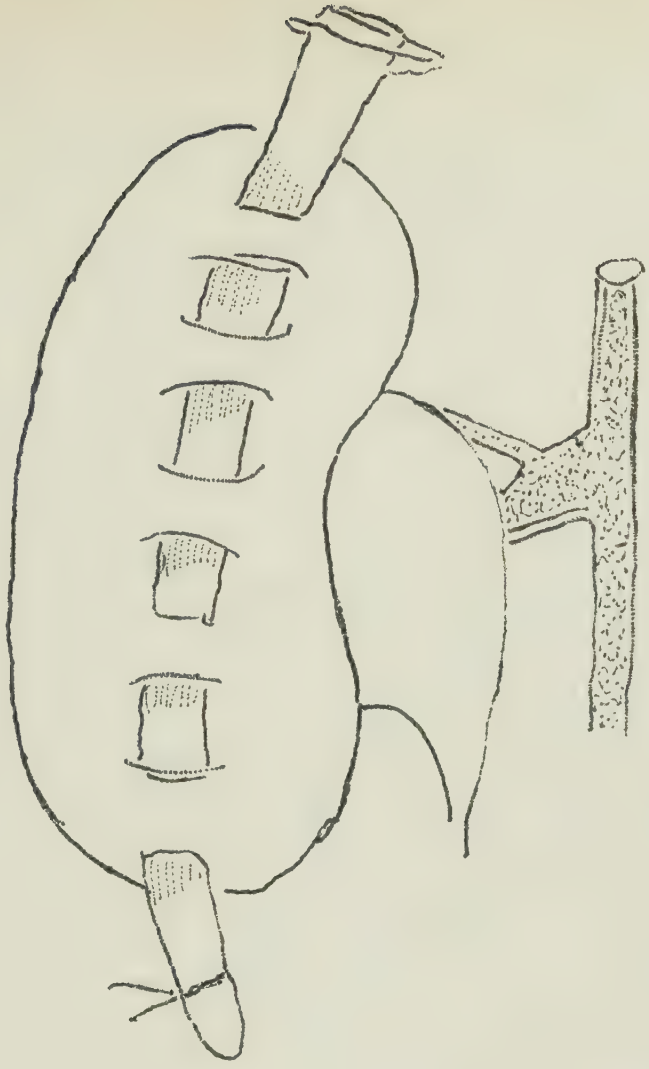
La séparation de ces lambeaux capsulaires peut être facilitée par l'usage d'un écarteur à dure mère ou par injection de sérum sous la capsule .

Parfois , la capsule est fine et adhérente , mais il est essentiel de l'enlever devant les deux pôles car la nouvelle forme du rein ne se maintiendra que par le développement d'adhérences entre les surfaces des deux pôles , puis le chirurgien ramène les deux pôles du rein ensemble .

Comme la distension rénale a été levée , il est très facile de le faire dans le cas de dilatation calicielle mais c'est plutôt plus difficile dans les extasies essentiellement pyéliques .

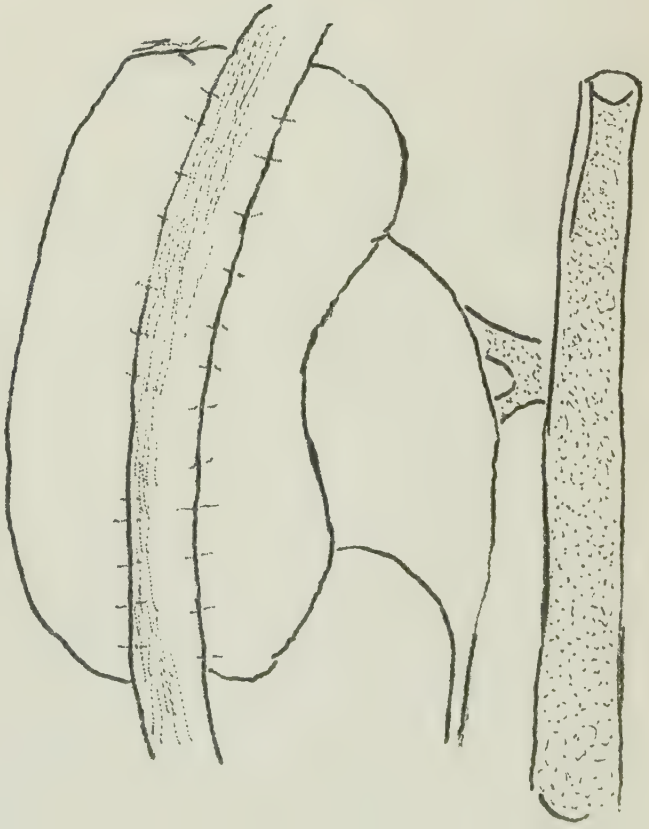
Les surfaces adhérentes des deux pôles , dénudées de leur capsule , sont alors amenées au contact et le rein prend la forme d'une balle . Un ruban de catgut chromé est passé autour du nouveau bord du rein à l'aide d'une aiguille spéciale à travers des trous pratiqués dans la capsule .

Les lambeaux de capsule sont suturés ensemble , puis la terminaison du ruban de catgut . Il y a ainsi deux plans qui vont former des adhérences et quand le catgut est résorbé , la nouvelle forme du rein se maintien par les adhérences .



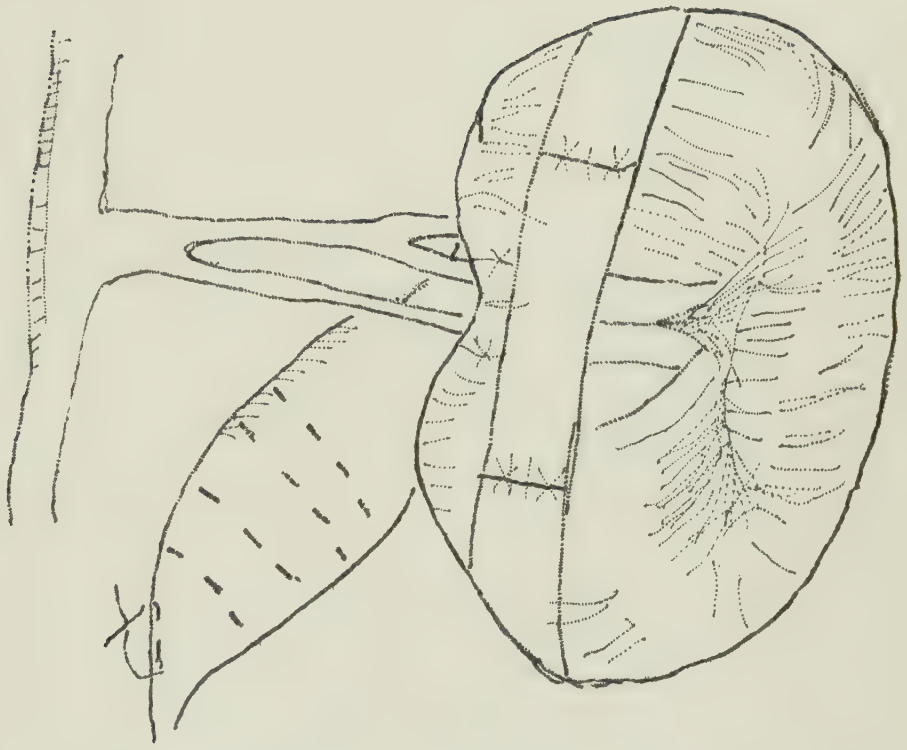
H. STEWART (2)

Passage du ruban de catgut à travers la capsule .



H. STEWART (2 bis)

Lorsque la capsule est adhérente , le ruban est cousu à la capsule.



HAMILTON STEWART (3)

La plicature du rein est terminée on lui associe une plicature du bassinet .

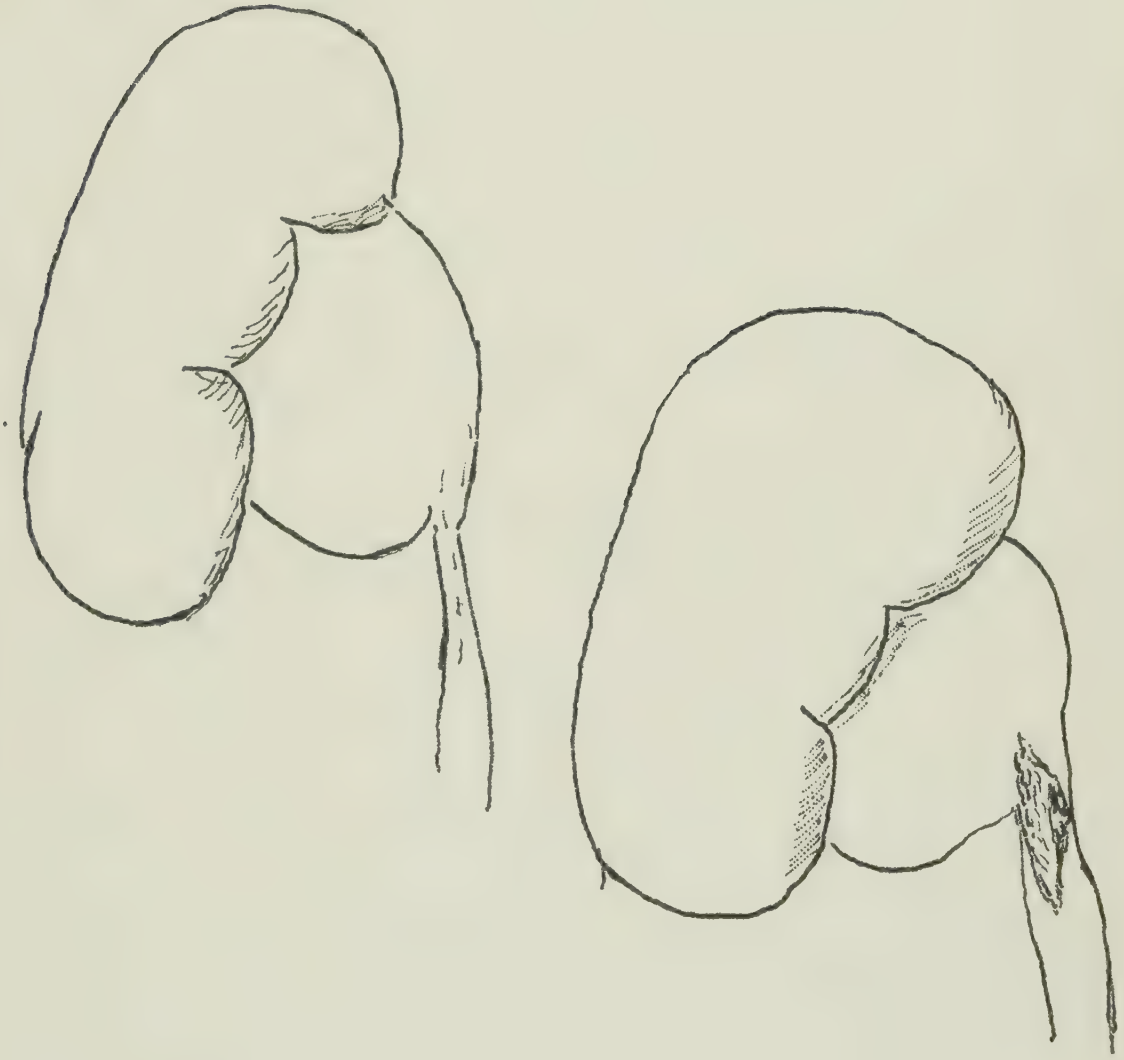
Une traction modérée sur le bassinet montre qu'il est libre d'adhérences . La jènction pyélo-urétérale est reportée ainsi à une certaine distance dans le rein .

Souvent , après levée de l'obstacle , le bassinet se contracte bien , mais lorsque la distension est trop sévère , le bassinet demeure dilaté et atone . Dans ces cas , la capacité du bassinet peut être réduite par plicature du bassinet , à l'aide d'une aiguille de catgut chromé qui est faufilée horizontalement dans prendre la muqueuse .

Cette intervention donne d'excellents résultats fonctionnels lorsque les vaisseaux sont la cause essentielle mais elle est d'application relativement rare .

Nous en avons cependant 4 cas dans notre expérience avec 3 fois de bons résultats .

G - L'urétérotomie extra muqueuse ou technique de BONINO - et ALLEMAN consiste en une incision longitudinale sur le rétrécissement en allant jusqu'à la muqueuse mais sans l'ouvrir . C'est la transposition de la pylorotomie extra-muqueuse . L'hyperplasie musculaire de la jonction étant exceptionnelle , l'indication de cette intervention le sera aussi .



Urétérotomie extra muqueuse

(BONINO - ALLEMAN)

II - Techniques avec ouverture du conduit excréteur urinaire mais avec conservation de sa continuité .

1°) L'urétérotomie sur tuteur .

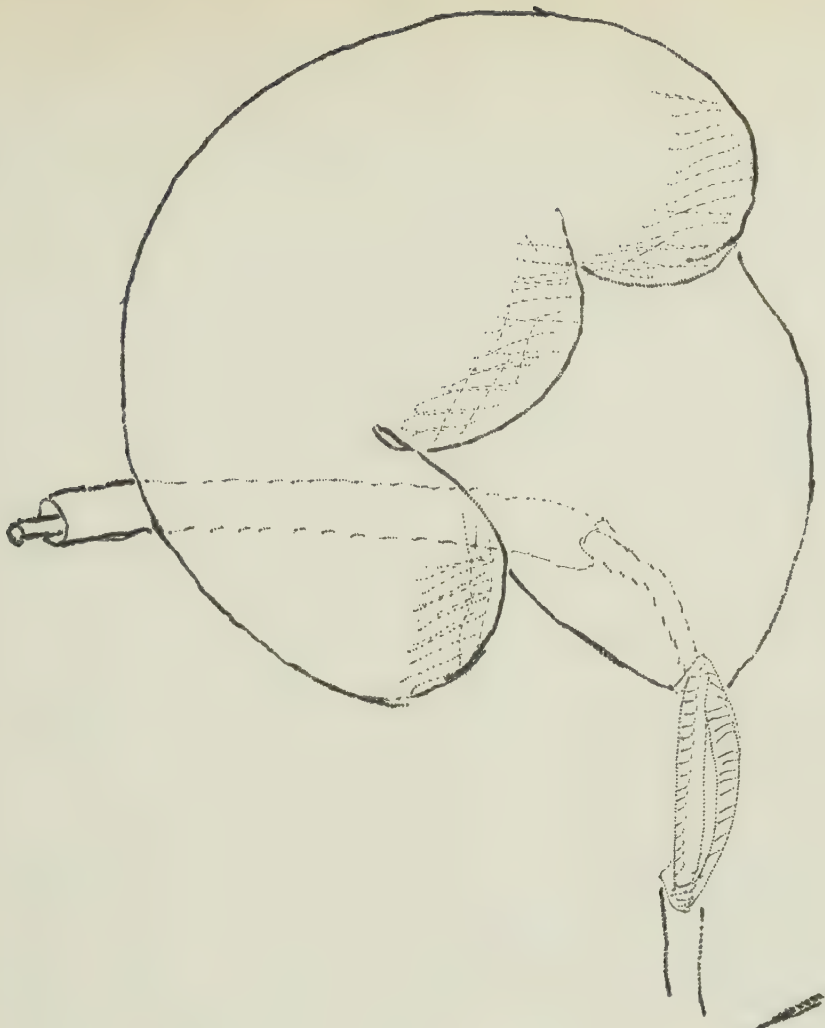
Pratiquée dejà par MARION (1923) , sous forme d'une petite incision verticale de toute l'épaisseur d'une paroi de la jonction , laissée ouverte et calibrée par une sonde urétérale sortant par néphrostomie , cette intervention a été vulgarisée et très employée par D. DAVIS (1943) .

La technique en est simple et donne de bons résultats dans des rétrécissements étendus du haut uretère . On sectionne verticalement du bassinet à l'uretère sain , soit sur un stylet introduit par pyélotomie ou urétérotomie , soit à main levée si le rétrécissement est infranchissable .

On crée ainsi une gouttière qui réunit le bassinet à l'uretère normal .

Une sonde urétérale en gomme ou polyéthylène n° 20 , introduite par pyélotomie , glisse dans la gouttière et descend très loin dans l'uretère normal . On peut la faire resortir soit par pyélotomie , soit par néphrostomie . On peut lui associer une sonde de PEZZER pour draîner le bassinet , ou utiliser une sonde de Cummings (dérivée de la sonde de MALECOT) ; sonde de Pezzer dont le capuchon est dans le bassinet , prolongée par un segment plus fin qui descend loin dans l'uretère .

Aucune suture n'est généralement faite sur l'uretère . La sonde apparaît entre les lèvres de l'incision . Quelquefois on rapproche les tissus périurétéraux par quelques points de catgut

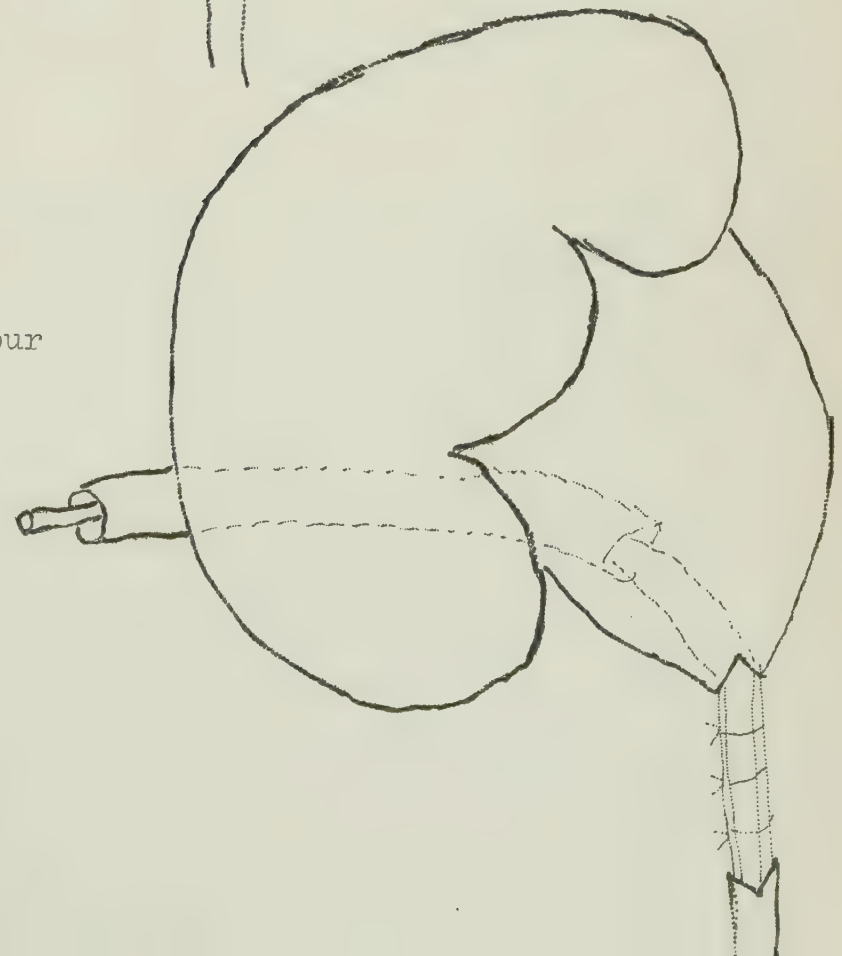


DAVIS (1)

Incision urétérale .
Mise en place de la sonde .

DAVIS (2)

Suture des tissus péri-urétéraux autour de la sonde .



qui ont l'avantage d'éviter les hernies de la sonde à travers l'incision . Le tube est laissé environ 4 à 6 semaines .

Les expériences de DAVIS ont montré que l'uretère se referme secondairement et même reste contractile .

Cette technique est assez employée aux U.S.A. et en SUEDE. Nous l'avons utilisée dans 4 cas . Cette technique se montre surtout utile dans les réinterventions pour sténose de l'anastomose pyélo-urétérale et a permis , plusieurs fois , la conservation de reins qui auraient du être enlevés .

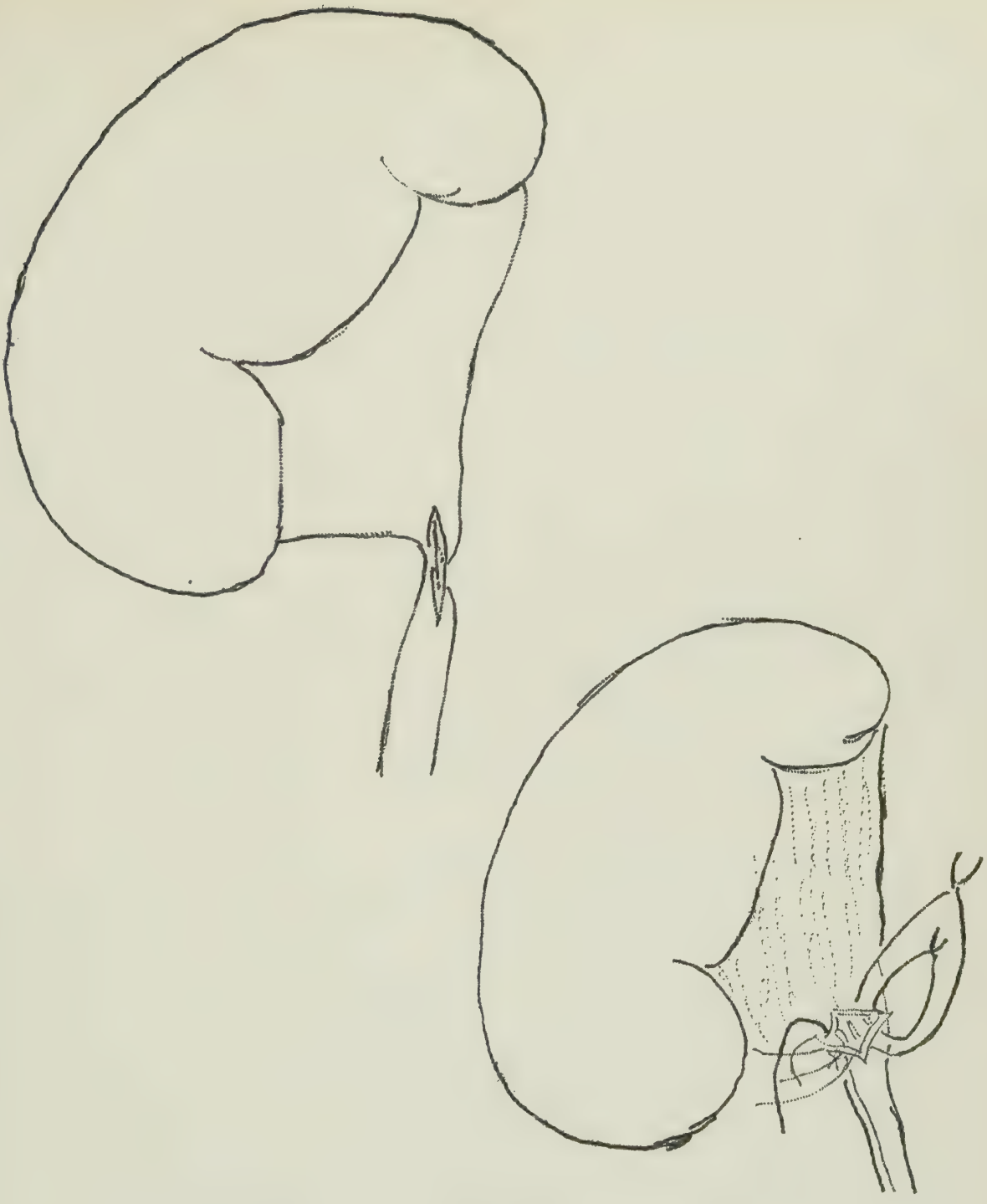
DAVIS insiste sur le fait que la sonde ne doit pas avoir une pression trop forte en un point localisé de la muqueuse urétérale, car elle risque de nécroser et de sténoser secondairement . On doit pratiquer de petites incisions verticales urétérales sur les endroits même légèrement sténosés .

2°) L'incision longitudinale suturée transversalement.

Elle est une des premières plasties de la jonction pyélo-urétérale pratiquée avec succès , puisqu'elle fut rapportée par FENGER en mai 1892 . Le procédé dérive de la pyloroplastie de HEIKICKE - MIKULICZ .

On incise verticalement le rétrécissement pyélo-urétéral en le dépassant de part et d'autre et on suture transversalement l'incision sur une sonde de drainage .

Le procédé élargit ainsi la zone sténosée et peut être appliqué en cas de sténose localisée , il ne peut s'appliquer aux sténoses étendues . Nous avons utilisé deux fois ce procédé avec un bon résultat .



FENGER

La technique , voisine de KELLEY , consiste en une incision verticale sur le bord interne du bassinet , prolongée sur le bord externe de l'uretère et suturée transversalement .

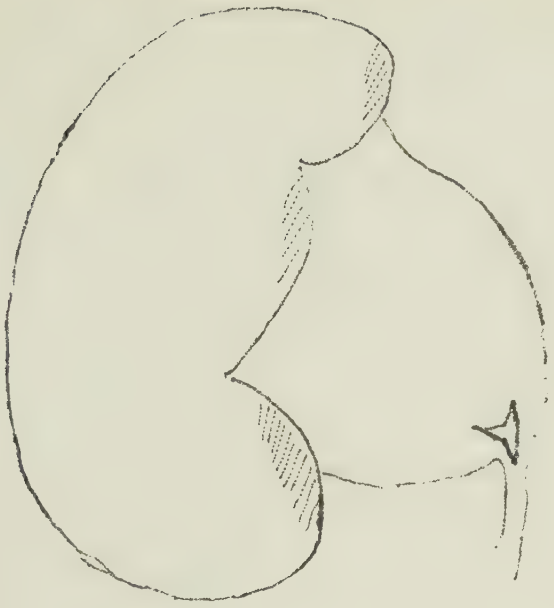
3°) Les incisions en Y avec suture en V .

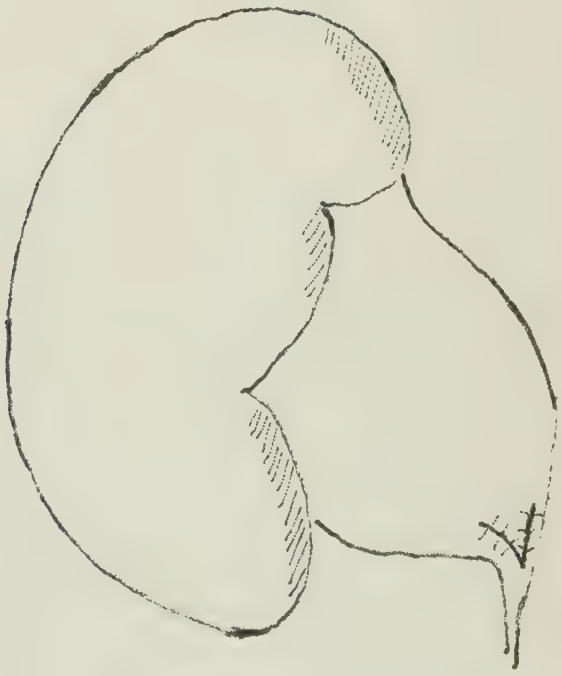
Elles dérivent comme principe de la pyloroplastie de DURANTE : l'incision qui a la forme de la lettre Y majuscule , est tracée à cheval sur la portion rétrécie ; les deux branches supérieures sur le bassinet , la branche verticale inférieure sur la portion rétrécie . La pointe du lambeau ainsi délimitée est attirée en bas et fixée à l'extrémité de l'incision urétérale (cf Figures) . La technique a été d'abord décrite par SCHWYZER en 1923 . L'incision se faisait sur la face postérieure du bassinet . Elle a été reprise en 1937 et améliorée par FOLEY qui a laissé son nom attaché à cette technique .

Après dissection et libération de l'uretère jusqu'à son implantation dans le bassinet (qui est constamment haute) , on le soulève sur un lacs . On peut alors tracer l'incision en Y dont le segment vertical suit le bord externe de l'uretère et se prolonge sur le bord interne du bassinet , et les deux branches qui en divergent en suivant les bords antérieur et postérieur de la face inférieure du bassinet .

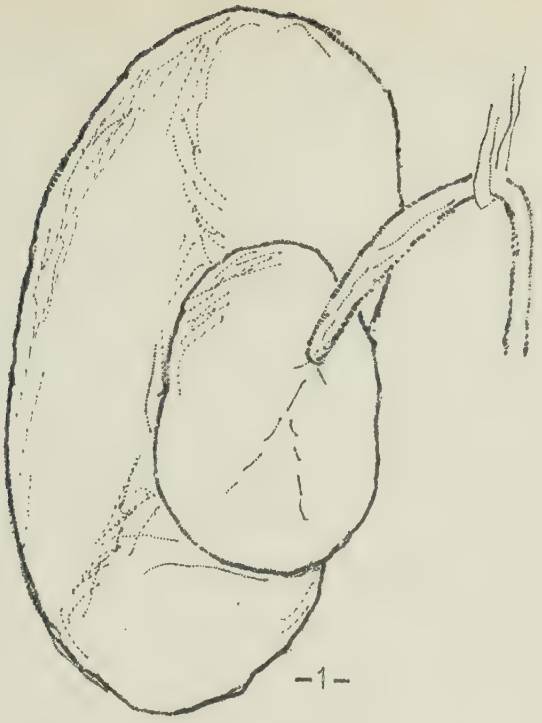
La longueur de l'incision urétérale doit être égale à la somme des longueurs de l'incision rectiligne du bassinet et de celle du lambeau en V .

Le sommet du lambeau en V est fixé à l'angle inférieur de l'incision urétérale par un point de catgut chromé 0000 , prenant uniquement la muqueuse , puis suture du plan postérieur à points séparés avec le même fils . Mise en place d'une sonde urétérale

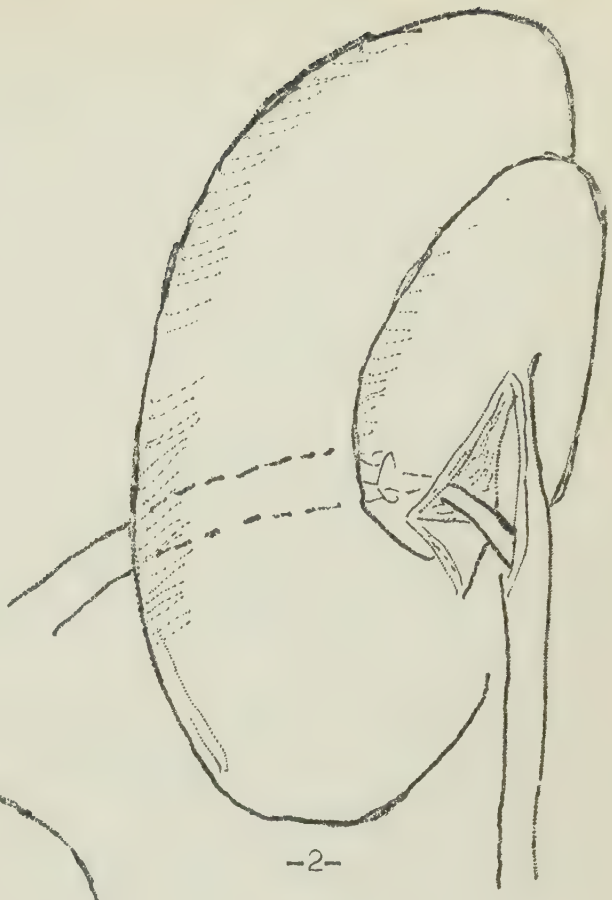




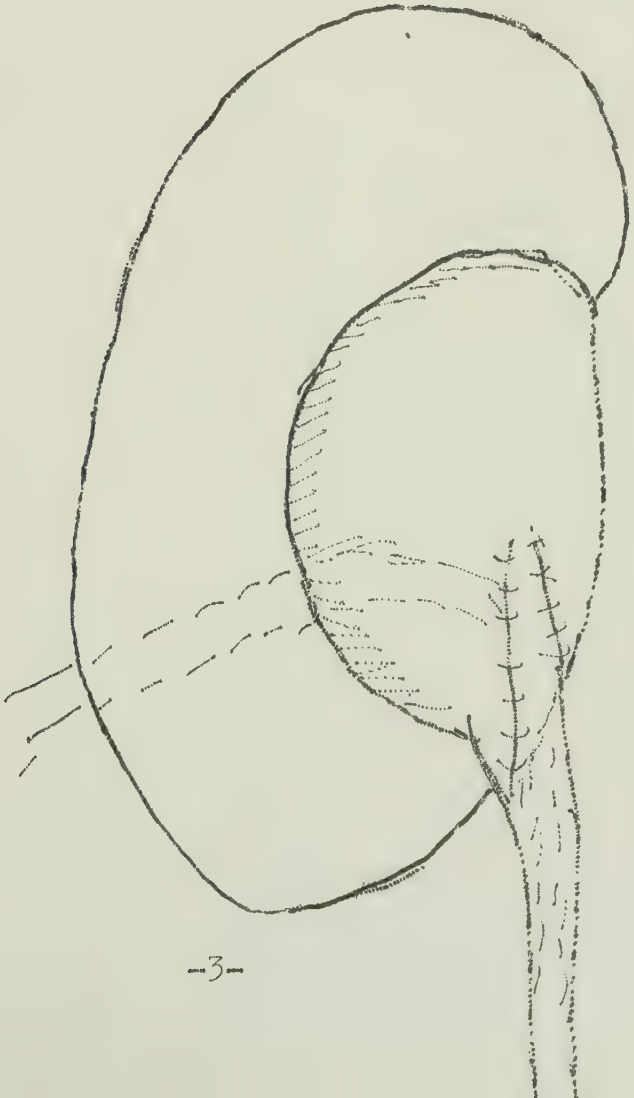
La plastie en Y - V de SCHWYZER 1923 .



-1-



-2-



-3-

FOLEY

1 -- Tracé de l'incision
2 - Mise en place de la sonde
3 - Sutures terminées

en gomme ou plastique , perforée , qui peut , soit remonter par une contre-incision du bassinet , soit par le calice inférieur (néphrostomie) et suture du plan antérieur sur la sonde .

Cette technique est celle qui a été la plus employée dans nos observations : 64 cas , avec diverses variations .

- dans le calibre du fil de suture : catgut o , dans les premières , progressivement plus fin ooo ou oooo ,
- en s'aidant de fils de traction tendant les extrémités de l'anastomose .

Variations surtout dans le drainage qui a été assuré ,

- 12 fois par une sonde urétérale perforée , calibre 12 en gomme ou matière plastique , sortant 6 fois par néphrostomie par le calice inférieur ,
- 4 fois par contre-incision pyélique ,
- 2 fois descendue dans la vessie et attirée au dehors à l'aide du cystoscope lithotriteur ,
- 6 fois par sonde urétérale plus sonde de Pezzer de néphrostomie ,
- 9 fois pas de drainage du tout . Le bassinet est le plus souvent laissé ouvert à sa partie toute supérieure pour éviter l'hyperpression en cas de sténose de l'anastomose (par œdème post-opératoire ,
- 36 fois , nous avons utilisé une sonde de Cummings, dérivée de la sonde de Malecot ; sonde de néphrostomie avec un capuchon type Pezzer et prolongée par un long segment descendant dans l'uretère (cf Fig) .

4°) Les incisions urétérales et pyéliques avec anastomose latéro-latérale .

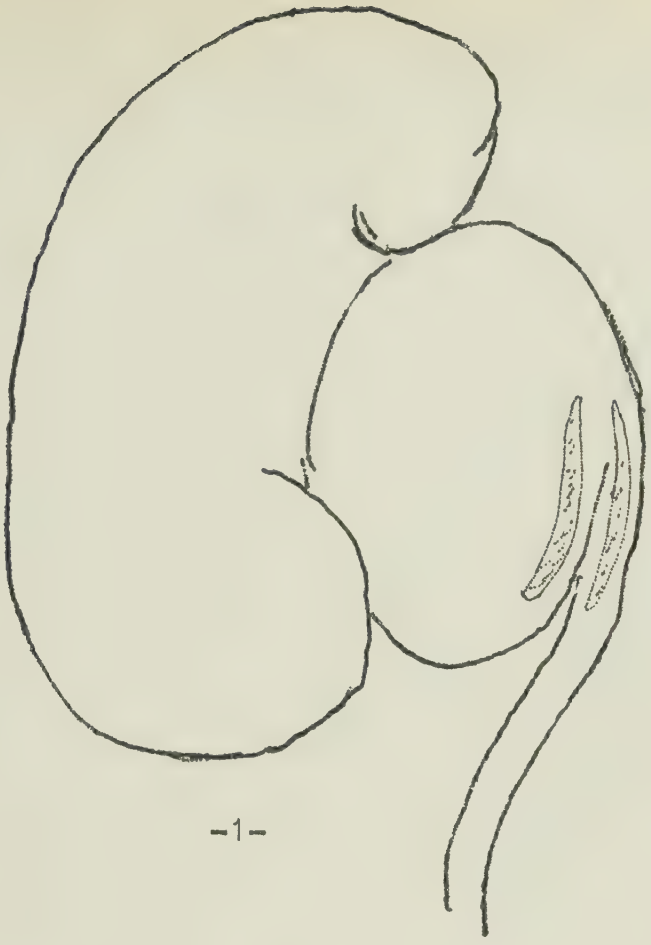
C'est à TRENDELENBURG (1886) que l'on doit la première de ces interventions qui est probablement la première opération plastique pyélo-urétérale (avec un échec d'ailleurs , puisque le malade mourut d'occlusion) et il n'y eut pas de deuxième avec cette technique avant ALBARRAN (1898) , LÄWEN (1905) puis Von LICHTENBERG (1922) .

Cette technique est l'application de la gastro-duodénostomie de FINNEY :

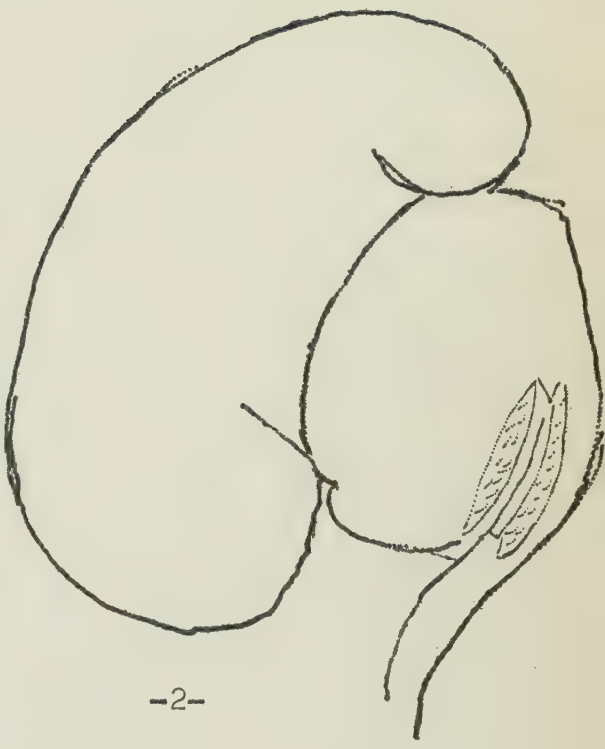
- incision du bassinet et de l'uretère , parallèles , verticales ,
- suture des lèvres médianes de l'incision formant le plan postérieur ,
- puis suture du plan antérieur (cf Fig) la lèvre pyélique externe , la lèvre urétérale interne .

Cette anastomose court-circuite ainsi la jonction pyélo-urétérale . On peut lui ajouter la résection en V de l'éperon pyélo-urétéral . Quand l'uretère s'insère haut et se moule sur le bassinet avec adhérences sérrées , on conçoit que cette technique soit tentante .

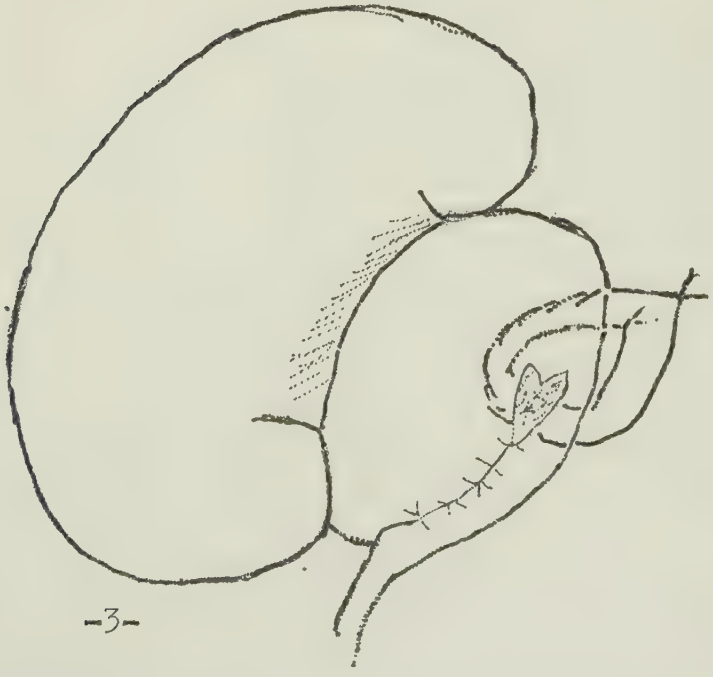
Nous avons 3 observations de malades opérés avec cette technique dont une indication particulière est la bifidité rénale avec un des deux bassinets dilatés . L'anastomose pyélo-urétérale est réalisée entre le bassinet distendu et l'uretère sain (lorsque l'hydronéphrose siège sur le bassinet inférieur) .



-1-



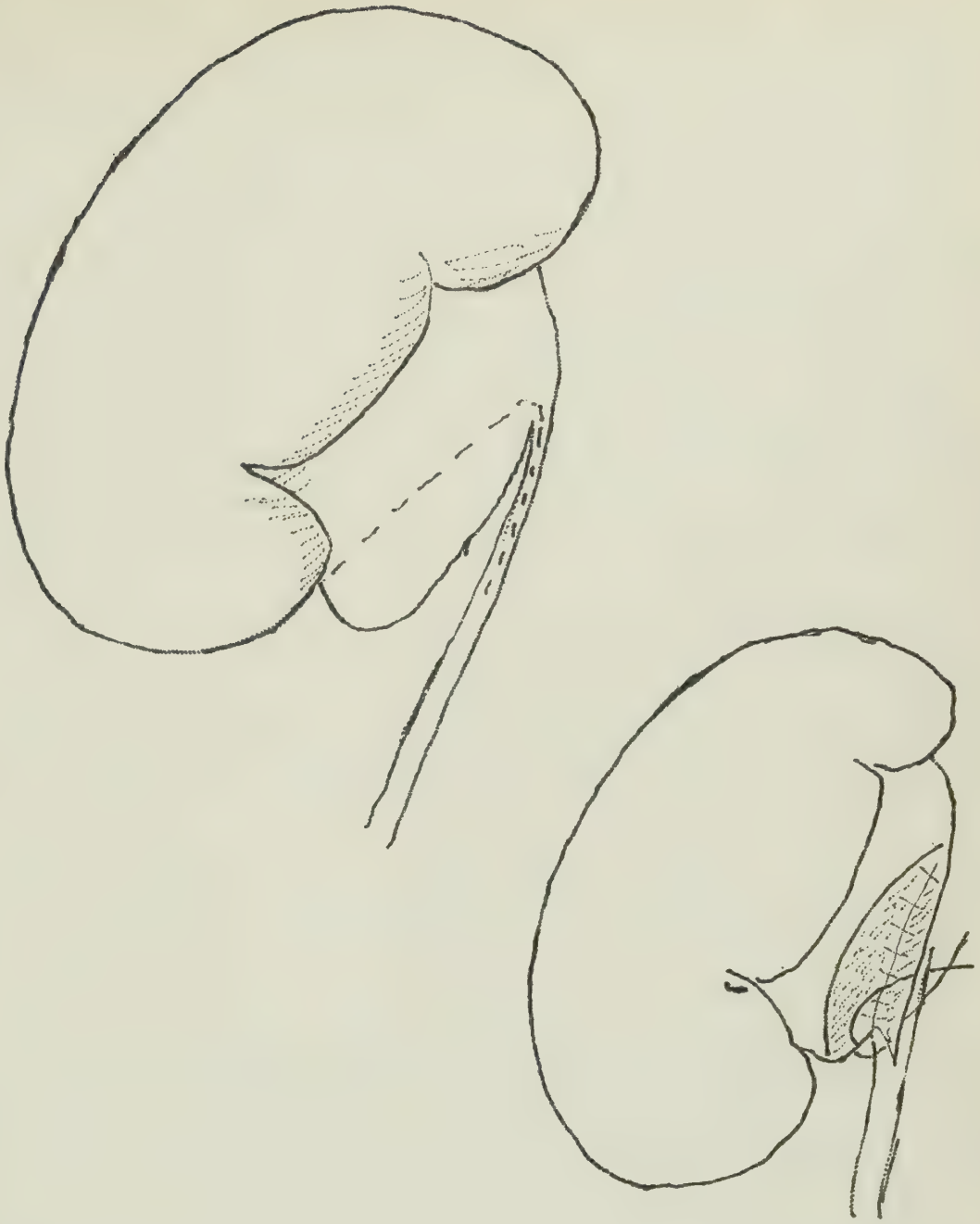
-2-



-3-

Anastomose pyélo-urétérale latéro-latérale

(Von LICHTENBERG)



MORRIS - V. LICHTENBERG

5°) Les résections du bassinet .

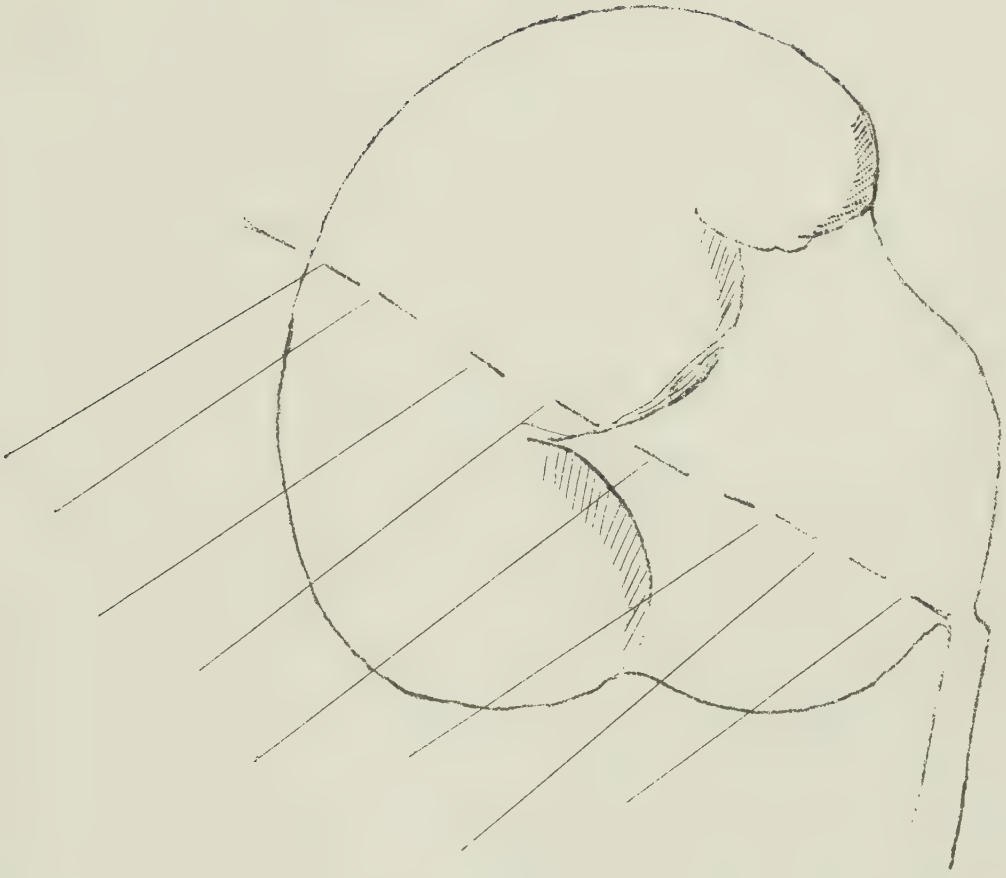
Les résections du bassinet ont été pratiquées depuis ALBARRAN , qui associait la résection du bas-fond du bassinet (portion située au dessous de l'orifice urétéral) à une néphrectomie polaire inférieure emmenant le parenchyme correspondant , sous le nom de " résection orthopédique pyélorénale " (1898) . Le but était de rétablir la déclivité de l'orifice pyélo-urétéral pour un bon écoulement urinaire .

Des résections isolées du bassinet ont été pratiquées par GAYET , PAPIN . Résections limitées puis des résections plus larges préconisées par WALTERS , HRYNTCHAK (1936) ; larges résections du bassinet en selle ou subtotales .

Le principe en est de diminuer la poche dans laquelle stagne l'urine et ainsi , de retendre les fibres musculaires devenues inefficaces .

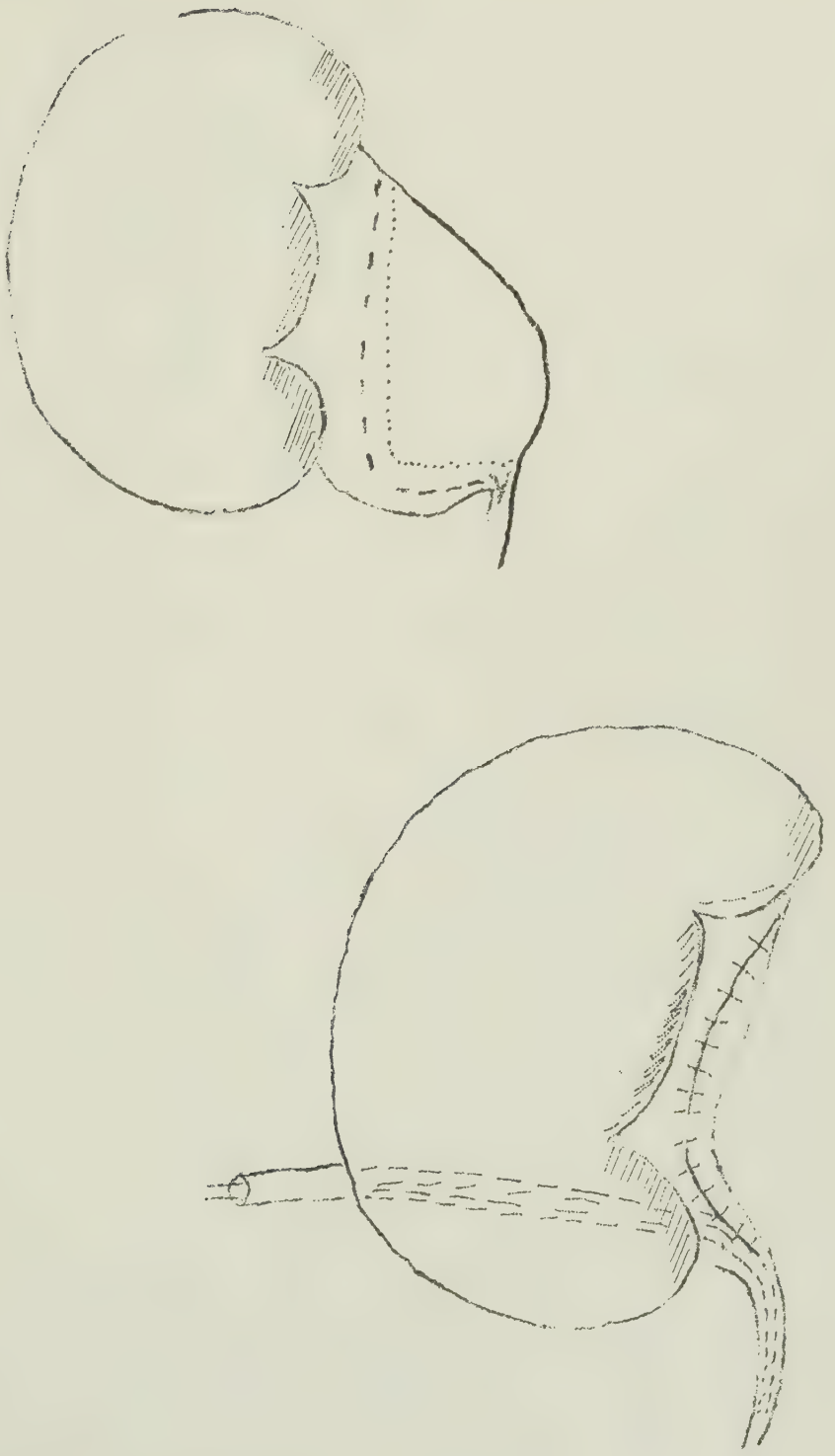
Le principe de la résection a surement fait progresser la thérapeutique des hydronéphroses et toutes les méthodes modernes associent une résection du bassinet à d'autres techniques : résec- orthopédique pyélorénale d'ALBARRAN (1898) ,

Résection
- associée à une résection du pôle supérieur du rein ,
- associée à une anastomose latéro-latérale : c'est la technique de MORRIS - Von LICHTENBERG ,
- associée à une plastie type FOLEY : c'est la technique de BISCHOFF , de DEUTICKE ,
- associée à une résection de la jonction pyélo-urétérale: technique de ANDERSON-HYNES , KUSS .



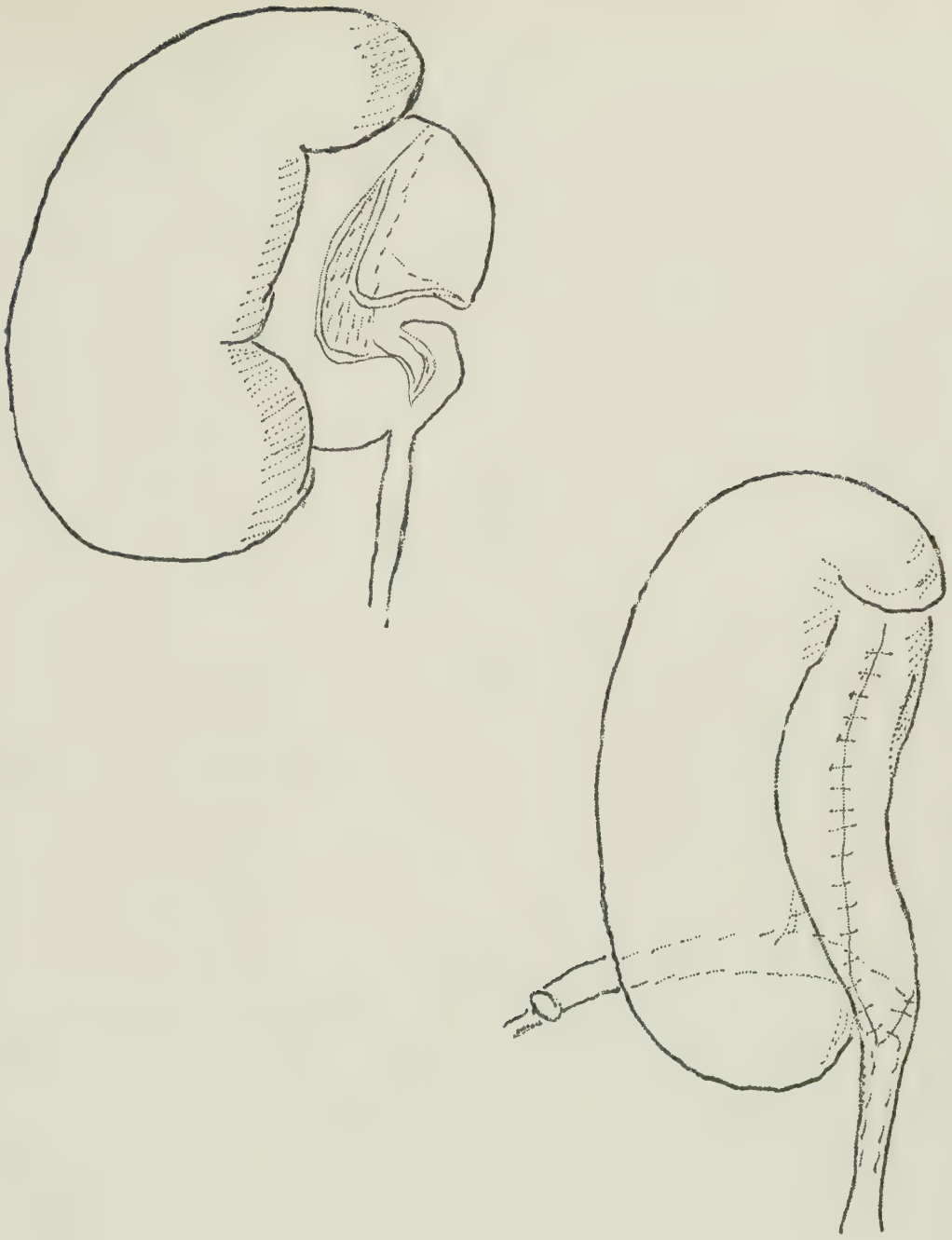
Résection orthopédique pyélo-rénale

ALBARRAN (1898)



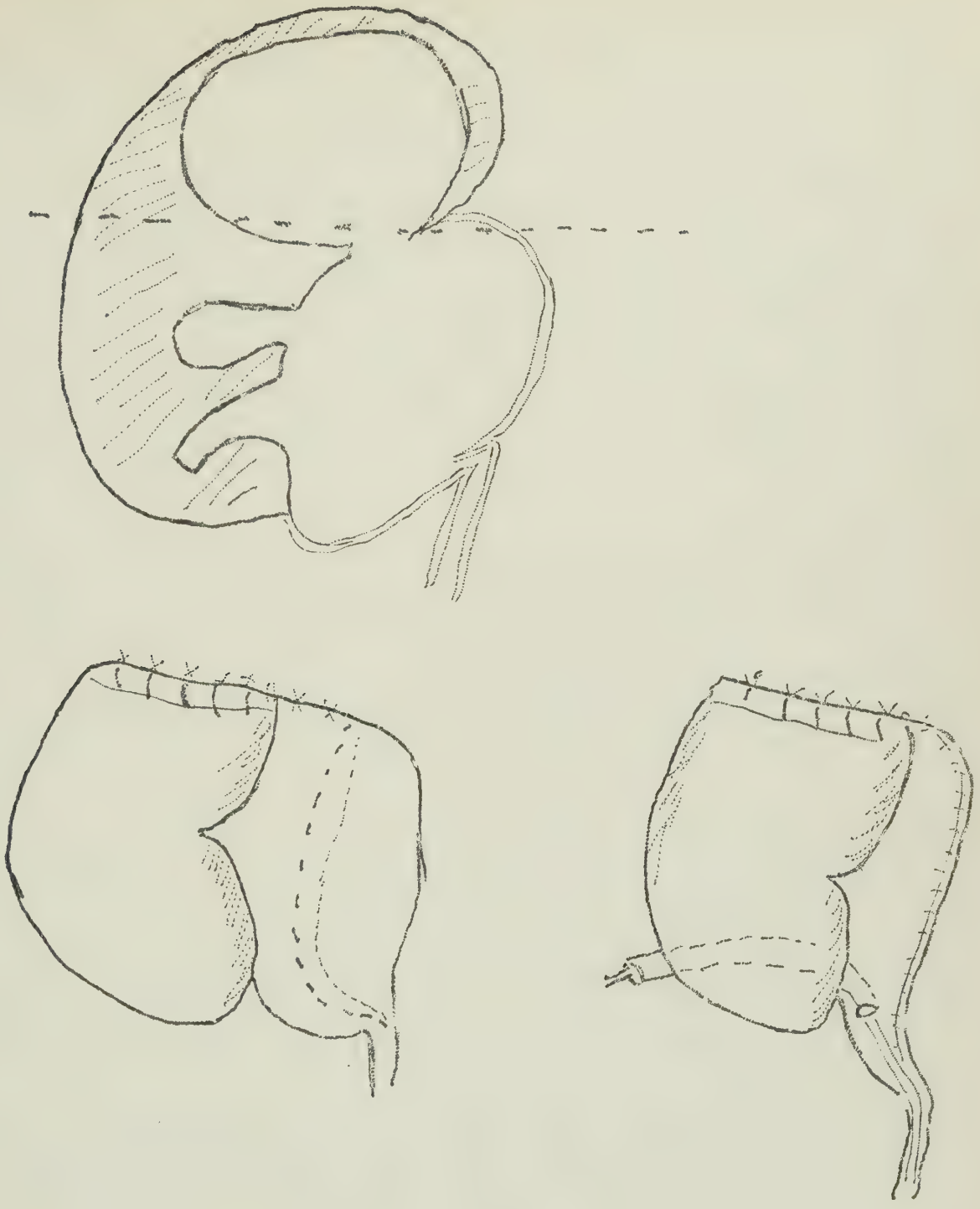
La résection subtotale du bassinet

(W. WALTERS , BRAASCH , HRYNTCHAK)



Résection subtotale du bassinet d'après

HRYNTSCHARK - DENSCKE



Résection du pôle supérieur et du bassinet d'après

HRYNTSCHAK

Nous n'avons pas , dans nos observations , de résection pure du bassinet . Les auteurs qui préconisent cette technique insistent sur plusieurs points : il faut libérer entièrement les deux faces du bassinet , en particulier la face antérieure pour éviter les vaisseaux . La résection doit être symétrique sur les deux faces et s'arrêter en bas à quelques millimètres de l'uretère sinon on a un risque de sténose urétérale . Drainage de la suture par sonde .

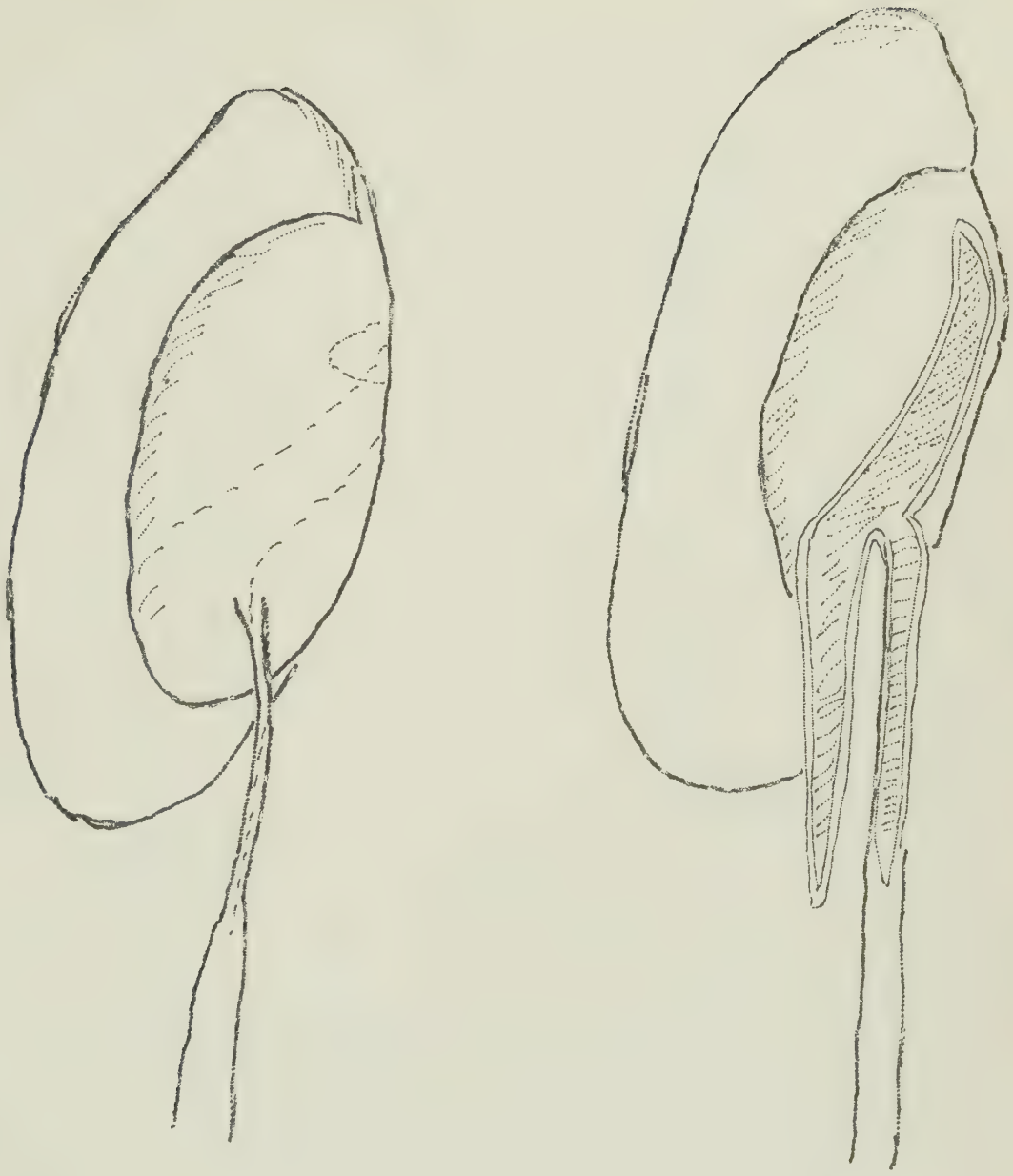
Les incisions avec lambeau pyélique : technique de Culp .

Décrite en 1951 par CULP , ORMOND et de WEERD , cette technique a pour but l'élargissement par lambeau de rotation des sténoses étendues de la portion haute de l'uretère .

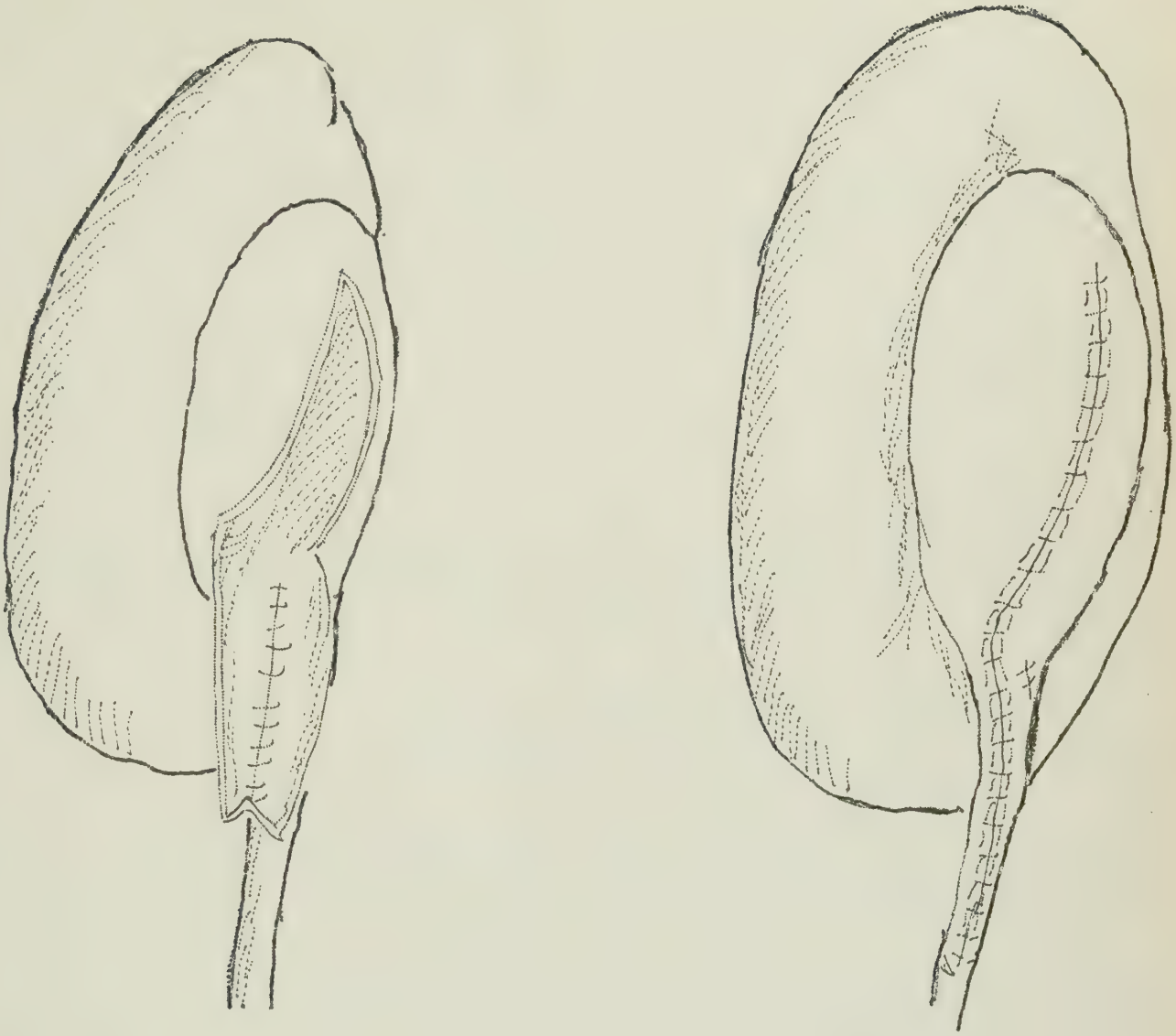
Elle consiste , après avoir incisé verticalement l'uretère dans sa portion sténosée et jusqu'à la jonction , à découper sur la face postérieure du bassinet , un lambeau dont la base va de la jonction pyélo-urétérale au pôle inférieur du rein et dont le sommet remonte plus ou moins haut vers la partie haute et interne du bassinet selon la longueur d'uretère à élargir .

Ce lambeau est retourné vers l'uretère (cf Fig) . Il forme la partie basse du cône pyélique et la partie haute de l'uretère .

Le drainage est assuré par une sonde urétérale calibrant la jonction et une néphrostomie associée par le calice inférieur . Les sutures sont faites à points séparés de catgut chromé . Cette technique est excellente dans les sténoses étendues avec large bassinet . Nous n'en avons que deux cas , mais avec de bons résultats .



CULP - SCARDINO (I)



CULP (II)

Cette intervention est minutieuse et il faut bien calculer la longueur du lambeau . D'autre part , on ne peut se passer de drainage du fait de la double suture sur l'uretère , ce qui est un défaut de la méthode signalée par ANDERSON .

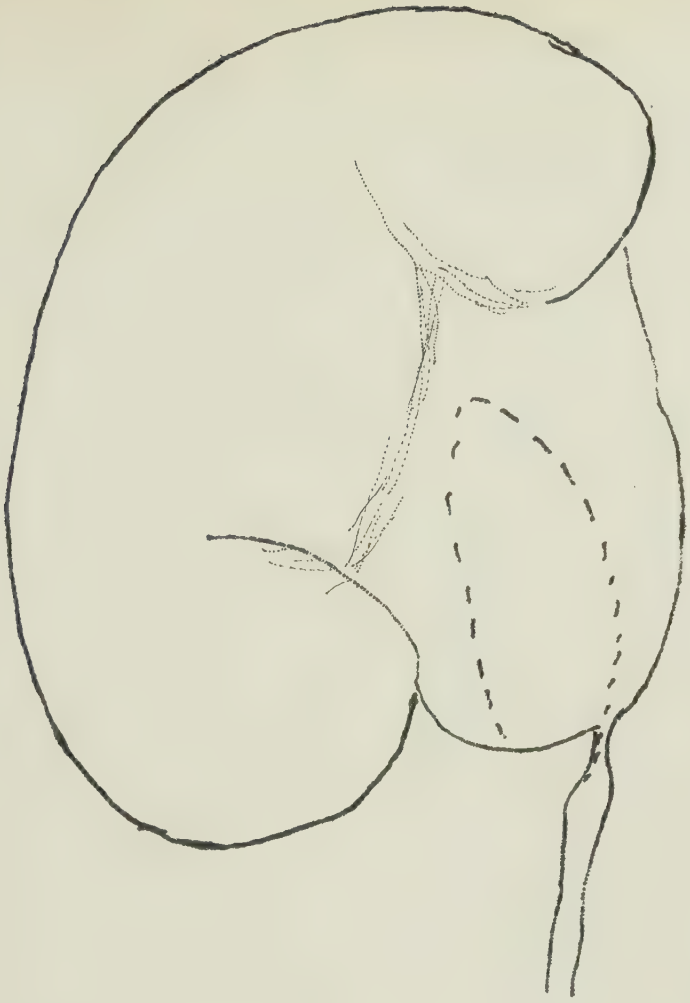
On en rapproche la méthode de SCARDINO (1953) qui abaisse un lambeau pyélique mais le lambeau est vertical (au lieu d'être en spirale) sur la face postérieure du bassinet .

Les méthodes qui associent plusieurs procédés de base , avec conservation de la continuité pyélo-urétérale .

1°) La technique de FOLEY-BISCHOFF a été largement pratiquée depuis 1959 dans notre série (30 cas) .

Elle associe le principe de la plastie en Y-V de FOLEY , à une résection large de la partie basse du bassinet .

Après libération minutieuse sur le rein en place du bassinet de l'uretère et de la jonction , on pratique une incision semblable à celle décrite dans l'opération de FOLEY , c'est à dire un Y à cheval sur la face inférieure du bassinet et le bord externe de l'uretère . Cette incision permet d'examiner la jonction pyélo-urétérale par l'intérieur , le bassinet , éventuellement d'extraire un calcul et de regarder . Puis on pratique à partir de ces incisions dont on a repéré les sommets à l'aide de fils tracteurs une excision large et symétrique des faces antérieure et postérieure du bassinet en n'allant pas jusqu'au bord interne du bassinet si bien qu'il reste une bandelette continue du pôle supé-

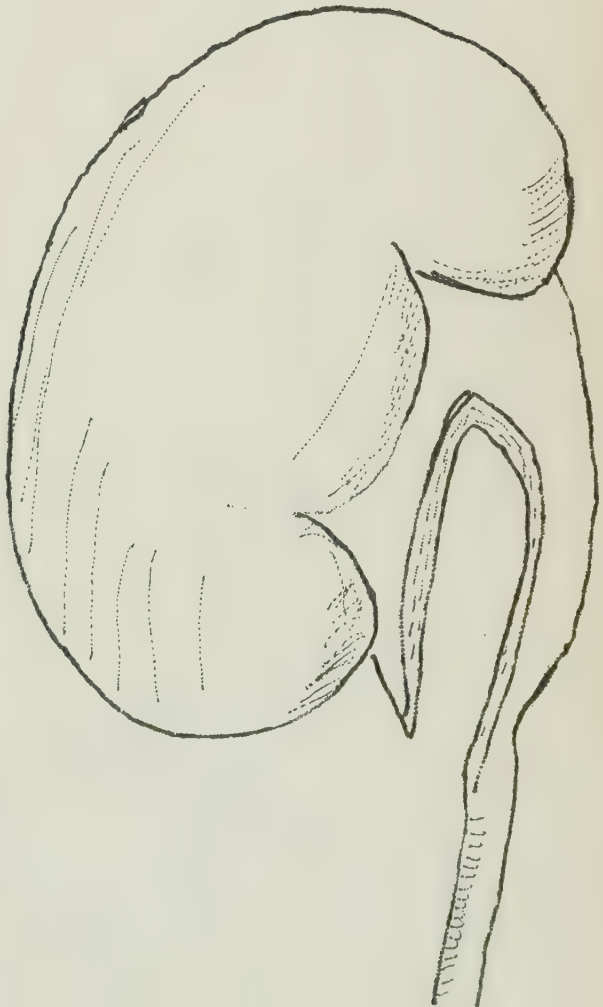


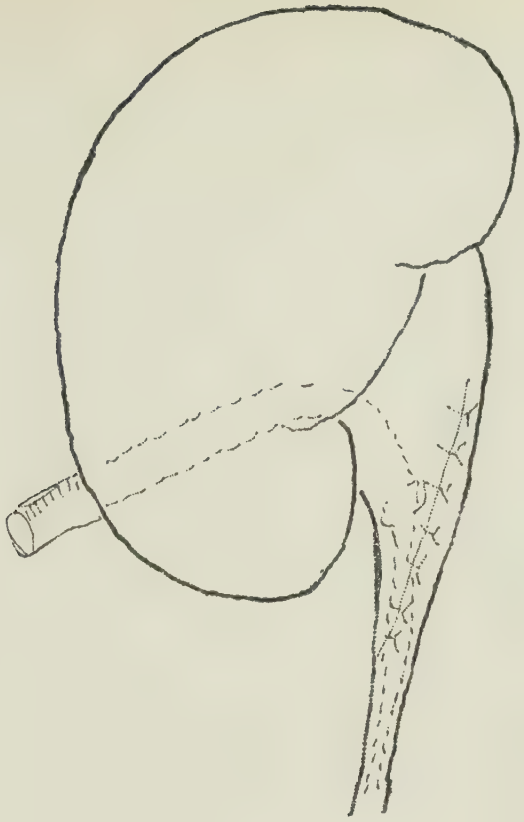
FOLEY-BISCHOFF (1)

Dessin de l'incision .

FOLEY-BISCHOFF (2)

La résection effectuée .



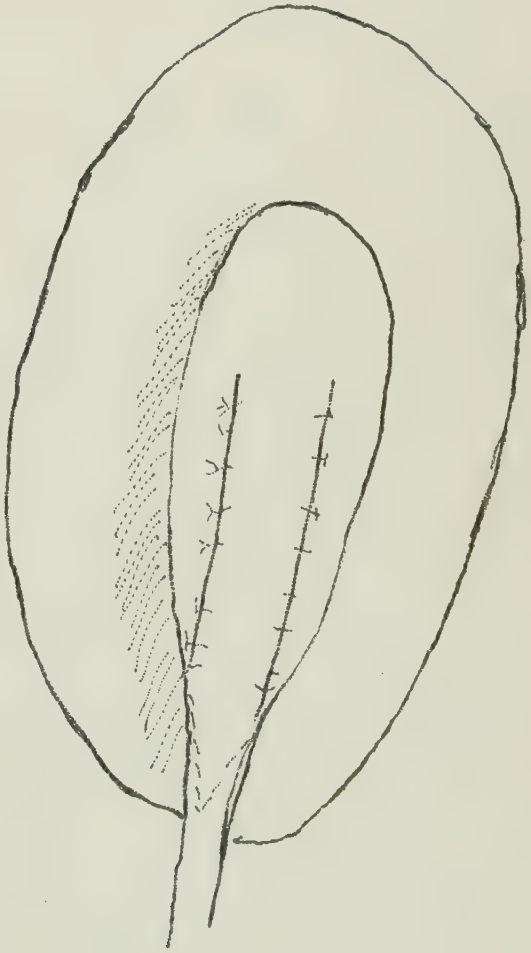


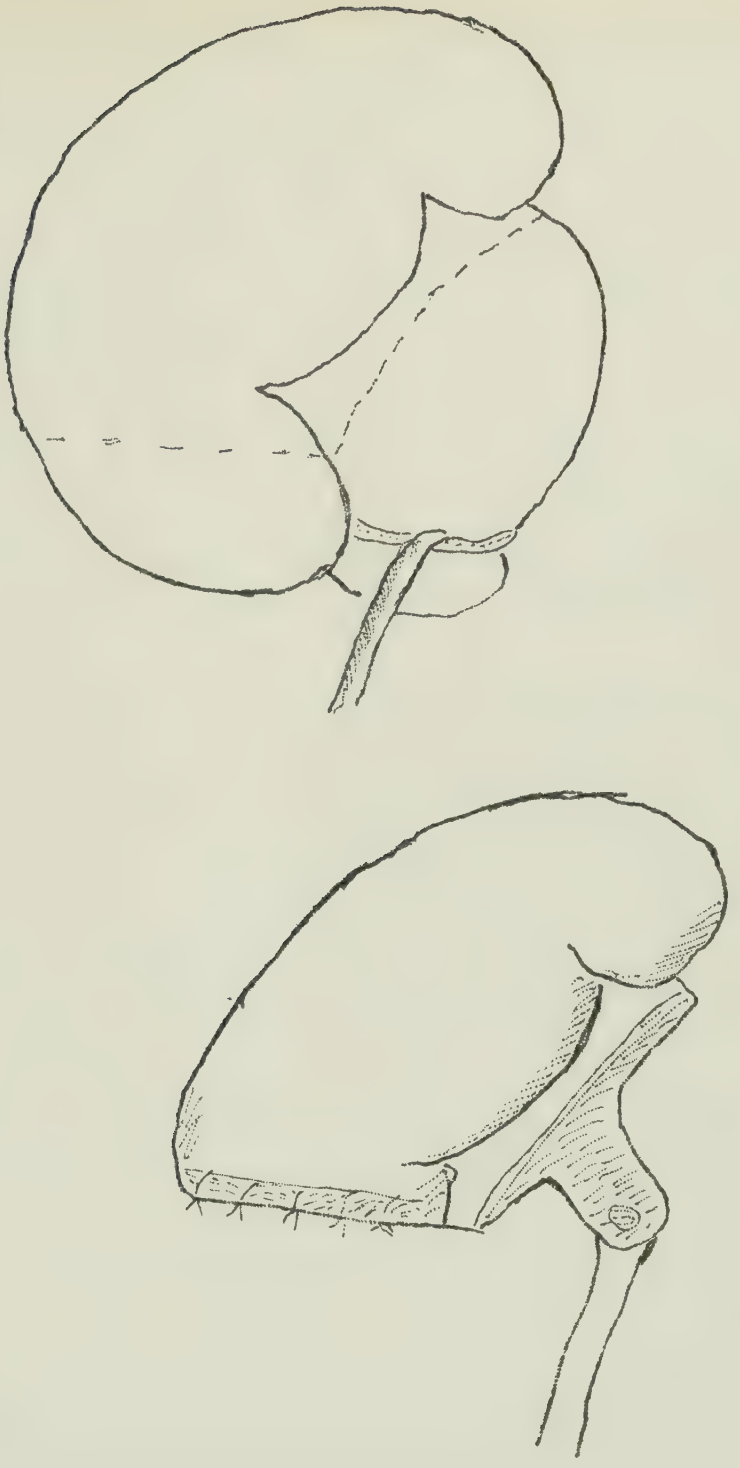
FOLEY-BISCHOFF (3)

L'anastomose est suturée
La sonde de Cummings est
en place .

FOLEY-BISCHOFF (3 bis)

Vue interne de l'anastomose
terminée .





Résection asymétrique du bassinet avec exérèse du pôle inférieur du rein (BISCHOFF) .

rieur du bassinet à l'uretère qui va constituer l'hémi-cylindre interne qui sera suturé au pourtour du bassinet resséqué au voisinage de l'insertion des calices .

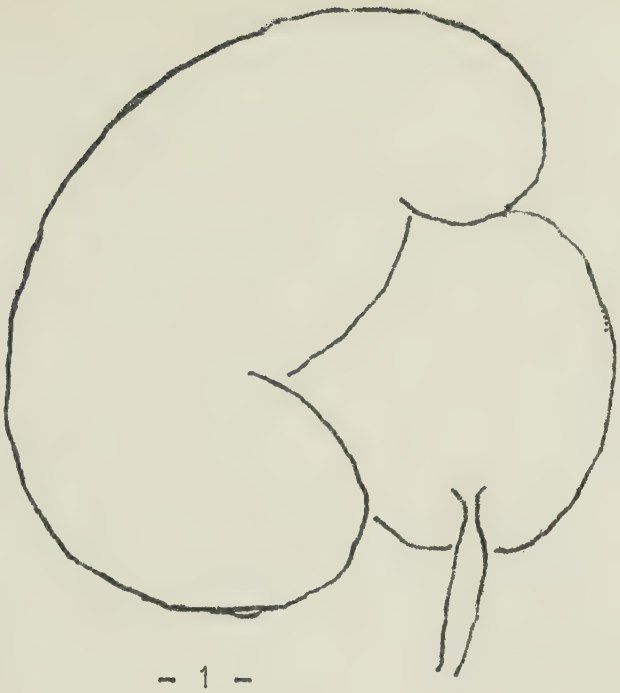
La pointe du V sera suturée à la partie déclive de l'uretère ce qui donne une ligne inférieure de suture non circulaire et assez allongée , facteurs importants pour éviter la constitution d'une sténose rétractile lors de la cicatrisation .

On suture le plan postérieur à l'aide d'aiguilles serties de catgut ooo , les points peuvent être noués à l'extérieur (c'est plus difficile) ou même à l'intérieur . On met en place la sonde de drainage , qui est le plus souvent du type Cummings, qui sort par un calice ou une contrinsision pyélique , puis on suture le plan antérieur . La sonde de Cummings est laissée en place 12 jours , puis retirée après pyélographie de contrôle , montrant une bonne étanchéité du bassinet .

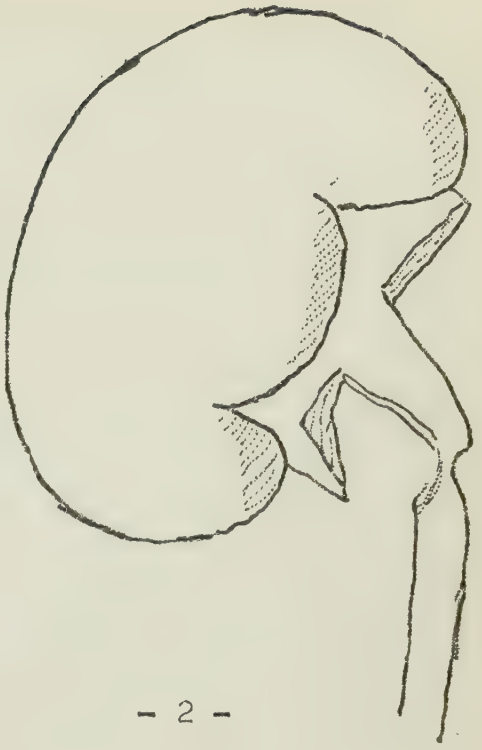
Nous analyserons plus loin les résultats que nous a donné cette méthode dont les indications peuvent être très larges .

2°) La résection asymétrique du bassinet (BISCHOFF)

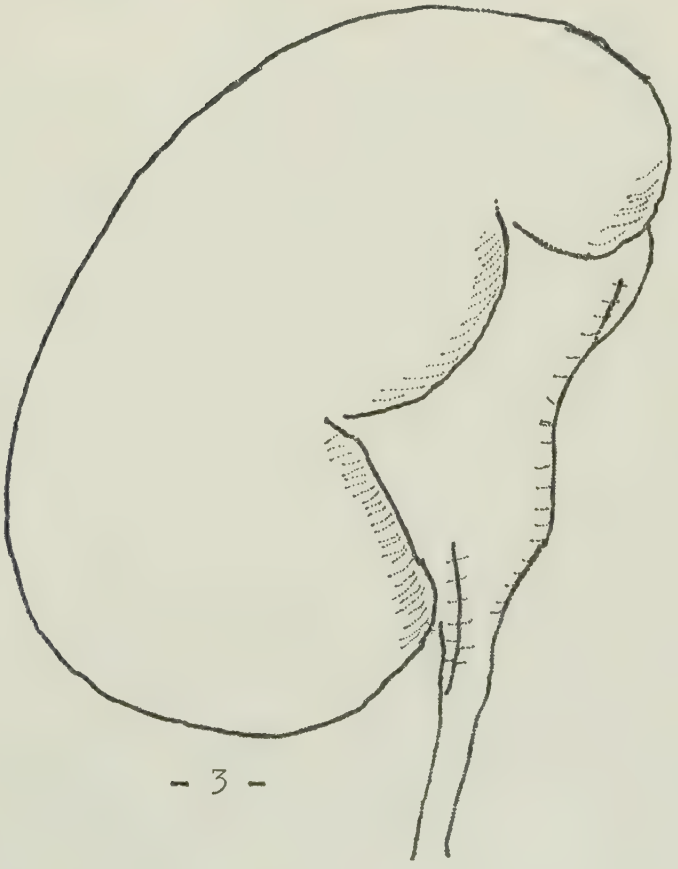
Elle associe à la technique précédente , une excision de la partie supérieure du bassinet si bien que la bandelette pyélique interne devient plus postérieure (au lieu d'être interne) .



- 1 -



- 2 -



- 3 -

La résection asymétrique du bassinet

(P. BISCHOFF)

III - Les méthodes qui interrompent la continuité pyélo-urétérale .

1°) La première de ces interventions fut pratiquée par KUSTER en 1891 : après section de l'uretère , au dessous de l'endroit sténosé , l'extrémité supérieure de l'uretère est fendue longitudinalement sur ses deux bords . Un catgut est passé dans chacune des deux valves ainsi formées , qui sont ensuite fixées à l'intérieur du bassinet par des points noués en dehors (c'est un procédé identique à celui de PAYNE , dans la réimplantation vésicale de l'uretère) .

Le malade de KUSTER survécut .

2°) En 1898 , ALBARRAN pratiqua une section de l'uretère en zone saine , une ligature du bout supérieur et après avoir élargi l'extrémité urétérale par petite incision verticale , une anastomose termino-latérale entre l'uretère et la portion déclive du bassinet ; c'est lui qui institua l'habitude de drainer les anastomoses (par une sonde urétérale associée à une néphrostomie) .

3°) En 1923 , QUINBY pratiqua des sections de la partie haute de l'uretère , ligature du bout supérieur et réimplantation du bout inférieur dans le bassinet (pour des vaisseaux anormaux croisant la jonction pyélo-urétérale et trop gros pour être réséqués sans risque d'infarctus trop important) .

Il pratiquait une anastomose oblique derrière les vaisseaux et surtout , ne mettait ni sonde urétérale , ni sonde de néphrostomie , et rapportait en 1929 , 13 de ces interventions toutes suivies de succès .

Anastomose pyélo-urétérale termino-terminale

(ALBARRAN)

L'uretère sectionné est réimplanté au point déclive du bassinet dilaté .

4°) DELBET et PATSCH (1929) décrivent une méthode de section de la jonction pyélo-urétérale emmenant avec cette jonction , une collerette de bassinet qui est ensuite transportée après décroisement d'avec des vaisseaux anormaux , au point déclive du bassinet où , après avoir découpé une pastille , on suture bord à bord , bassinet et collerette sur sonde urétérale .

Cette méthode suppose évidemment l'absence de sténose de la jonction pyélo-urétérale ou de l'uretère ; elle ne s'applique qu'aux artères anormales .

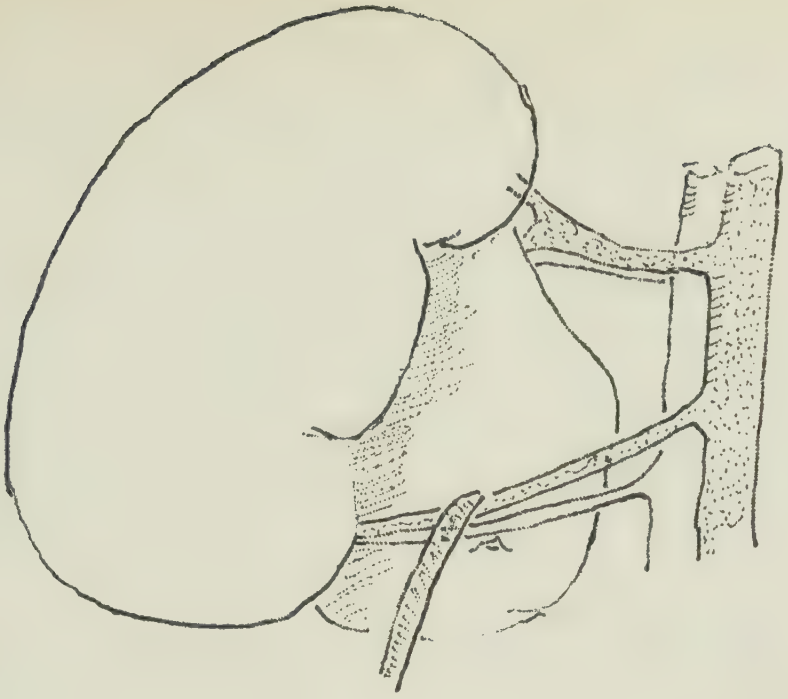
5°) En 1949 , ANDERSON et HYNES publiaient une technique qu'ils employaient depuis 1947 .

Cette technique est employée en France depuis 1950 par KUSS .

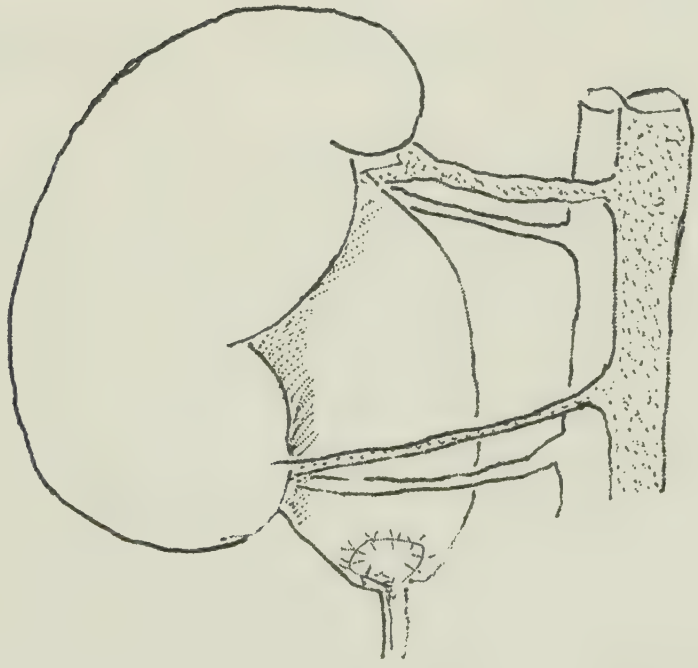
C'est une résection large de la jonction et du bassinet avec anastomose urétéro-pyélique oblique . On aborde le rein par en avant , à travers une incision oblique allant de la 11 ème ou 12 ème côte à l'ombilic .

L'intérêt de l'abord antérieur vient de la rotation habituelle du rein due à l'appui du bassinet dilaté sur le psoas.

Trois fils de tractions ("Stay") sont mis en place , le premier sur l'uretère au dessous de l'obstacle , au point préumé de la section . Le deuxième sous la jonction pyélo-urétérale , le troisième à la limite supérieure de la résection pyélique .



1 - vaisseau polaire inférieur anormal .



2 - l'anastomose est réalisée .

DELBET - PATSCH

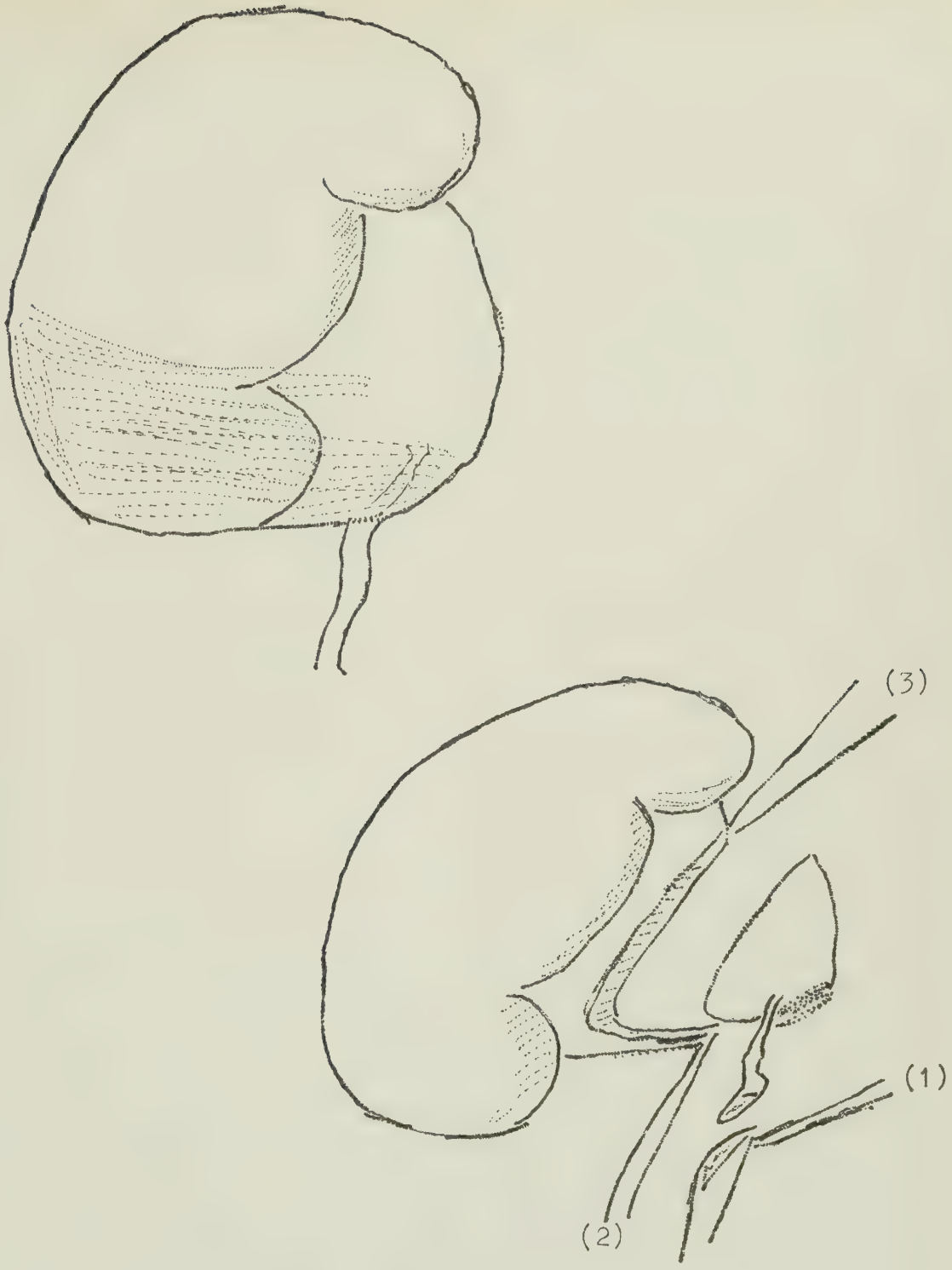
Les vaisseaux du pôle inférieur sont bien protégés . L'uretère est sectionné au dessous de l'obstacle , puis juste sous la jonction pyélo-urétérale mais au dessus du deuxième " stay " on mène une incision pyélique en direction du hile . Une gouttière ou un lambeau est constituée par la partie inférieure du bassinet. L'incision est ensuite conduite parallèlement au hile jusqu'au troisième " stay " .

Il est tentant d'en enlever trop et le drainage du calice supérieur peut en être gêné . Si le bassinet est petit , on ne doit pas en réséquer .

Le but de l'opération est d'enlever l'agent obstructif et d'établir une anastomose oblique d'une longueur suffisante pour qu'elle cicatrise sans se sténoser .

Les auteurs utilisent un surjet de catgut oooo , passé tous les 3 ou 4 points . La portion supérieure de l'ouverture pyélique est fermée jusqu'à une ouverture de 2,5 à 3 cm . La face postérieure de l'uretère est sectionnée longitudinalement sur 2,5 à 3 cm . L'anastomose est poursuivie à partir du bassinet en utilisant le même surjet . Pendant que l'on coud le sommet de la gouttière pyélique , à la partie distale de l'uretère , on peut mettre une sonde urétérale pour empêcher les deux faces de l'uretère d'être transfixées par le même fil . On enlève la sonde pour terminer l'anastomose .

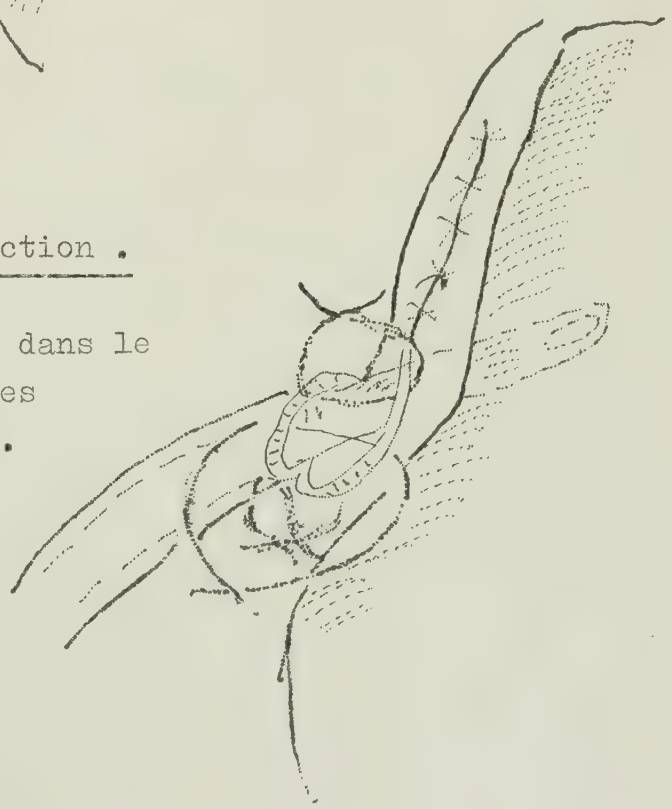
Un peu de solution de citate a été glissée dans le bassinet pour empêcher la formation d'un caillot qui servirait de point de départ à un calcul .



J.C. ANDERSON - HYNES W 1947 (1)

Résection de la jonction

La partie supérieure de la brèche pyélique est suturée . Passage des fils postérieurs de l'anastomose .



Résection de la jonction .

La sonde est montée dans le bassinet - suture des lèvres antérieures .

La loge réhale est draînée pendant 2 à 4 jours .

Certains , comme : BADENOCH , commencent la suture par le point déclive . L'anastomose n'est pas cathétérisée ni le rein draîné .

Certains préfèrent les sutures à points séparés et surtout drainent , soit seulement le bassinet par sonde de néphrostomie , soit l'uretère par sonde urétérale sortant soit , par néphrostomie , soit par urétérotomie au dessous .

Nous reparlerons du problème du drainage .

LES NEPHRECTOMIES .

Les néphrectomies pour hydronéphroses sont souvent difficiles du fait du volume et de la fragilité de la poche qui adhère parfois aux organes avoisinants : péritoine et côlon , duodénum . Pour éviter de les blesser , il est souvent préférable de ponctionner au trocart ces grosses poches et de les vider ; on y voit alors plus clair pour procéder à la ligature des différents pédicules .

De même , les néphrectomies pour échec de pyéloplastie sont souvent difficiles du fait des adhérences et il y aura parfois intérêt à les pratiquer sous-capsulaires .

INDICATIONS THERAPEUTIQUES

Elles posent bien souvant des problèmes difficiles , tout au moins à ceux qui refusent une attitude dogmatique systématique.

Il faut , de toute façon , être conservateur au maximum et ne pas décider d'intervention chirurgicale rapidement ; il faut revoir les malades régulièrement plusieurs fois pour juger de l'évolution sous traitement .

Faut-il opérer ?

I - Les hydronéphroses unilatérales sans lithiase , avec deuxième rein normal morphologiquement et fonctionnellement.

A - Avec sécrétion rénale normale à l'U.I.V.

1°) Si les urines ne sont pas infectées , il faut bien prendre garde de ne pas les infecter lors d'un examen ; en particulier , l' U.P.R. , si elle est nécessaire pour affirmer qu'il s'agit bien d'un obstacle de la jonction pyélo-urétérale , devra être faite avec les plus grandes précautions d'asepsie .

Sinon , on attendra pour la faire . On surveillera le malade par des examens cliniques , E.C.B. urinaire et U.I.V. tous les six mois ou tous les ans .

Tant qu'il n'y a pas de signes cliniques importants (douleurs absentes ou rares) , que les signes radiologiques sont stationnaires , il faut s'abstenir .

En cas d'aggravation radiologique ou clinique , il faudra intervenir .

2°) Si les urines sont infectées , il faut traiter médicalement par antibiotiques ou sulfamides , guidés par l'antibiogramme , de façon intense et prolongée .

Si l'infection persiste et qu'elle entraîne une aggravation des signes radiologiques , il faudra intervenir .

B - Avec sécrétion faible .

1°) Urines stériles .

Tant que les signes cliniques sont discrets , il faut s'abstenir , surveiller et là encore , éviter l'infection à tout prix . Lorsque les signes cliniques sont importants , crises fréquentes de coliques néphrétiques ou hématuries , il faudra intervenir après avoir prévenu le malade de la possibilité de néphrectomie .

Ce n'est qu'au cours de l'intervention (conduite comme nous allons l'exposer) , sur l'aspect du parenchyme rénal , après pyélotomie , que l'on décidera d'après la lésion causale , du type de l'intervention . Si le parenchyme rénal a moins de 3 mm d'épaisseur , toute intervention conservatrice semble illusoire .

Lorsque le parenchyme rénal semble valable : plastie .

2°) Avec urines infectées .

Traitement médical d'abord . Lorsqu'il échoue , il faut intervenir : la néphrectomie est l'opération qui donne les meilleurs résultats , mais parfois , le rein peut être quand même conservé (au prix d'une néphrostomie temporaire parfois) .

Un rein muet à l' U.I.V. n'est pas forcément un rein totalement détruit .

II - Les hydronéphroses bilatérales .

Après avoir vérifié qu'il n'existait pas d'obstacle urinaire bas (ou qu'il ne s'agissait pas de pyélonéphrite d'autre cause) l'attitude peut se discuter .

A - Lorsque la fonction est bonne des deux côtés , qu'il n'y a pas d'infection urinaire , que les signes cliniques sont discrets , il faut s'abstenir et surveiller ; lorsqu'il y a infection urinaire , traiter médicalement et si l'infection résiste et que les signes cliniques et radiologiques montrent une atteinte plus importante d'un côté que de l'autre , on peut discuter l'intervention .

Dans ce cas , il est peut être mieux d'opérer en premier le rein le moins menacé pour assurer un rein valable , mais il faut être certain de ne pas manquer son coup ...

Lorsqu'il y a menace de pyonéphrose du rein le plus atteint , mieux vaut commencer par lui et tenter une intervention conservatrice à tout prix .

B - Lorsque la fonction est mauvaise d'un côté .

Il faut bien lire les clichés et ne pas prendre pour une hydronéphrose la dilatation physiologique du rein valable .

1°) Sans infection urinaire : surveillance et abstension si les signes cliniques le permettent ; sinon , intervention conservatrice du côté le plus atteint .

2°) Avec infection urinaire .

Traitement médical court et interventions conservatrices : unilatérale d'abord, du côté le plus atteint puis surveillance .

III - Hydronéphrose sur rein unique .

La surveillance doit être particulièrement attentive . L'intervention ne sera faite que la main forcée par une infection rebelle et une aggravation radiologique .

Il faut connaître la gravité du pronostic .

IV - Hydronéphrose et lithiase .

1°) Petite, unilatérale , non infectée : abstention sous surveillance , danger extrême de l'infection

Infectée : le pronostic de la lithiase domine celui de l'hydronéphrose .
Bien que l'on connaisse la fréquence des récidives l'intervention s'impose .

2°) Bilatérale : c'est le problème de la;lithiase d'organisme . Il faut faire un bilan du métabolisme phospho-calcique . Il faudra intervenir en commençant par le côté le plus atteint .

V - Hydronéphrose et rein en fer à cheval .

1°) En l'absence de lithiase avec une hydronéphrose unilatérale , il faut se contenter de surveiller régulièrement .

2°) Avec lithiase non infectée , surveillance et intervention si le calcul augmente .

3°) Avec lithiase infectée , il faut opérer en connaissant la fréquence de la récidive lithiasique .

4°) Hydronéphrose bilatérale , n'opérer que le côté de la lithiase .

VI - Hydronéphrose sur rein ectopique .

Les indications sont les mêmes que pour le rein normal .

VII - Hydronéphrose sur bifidité rénale .

Lorsque le parenchyme semble valable , intervenir par anastomose entre le bassinet inférieur et l'uretère supérieur .

Lorsque le parenchyme est trop altéré , néphrectomie partielle parfois associée à une pyéloplastie type FOLEY .

TACTIQUE OPERATOIRE .

Ainsi , d'une façon générale , on part pour faire une intervention conservatrice . On a toutefois prévenu le patient de la possibilité d'une néphrectomie , après s'être assuré de l'état de l'autre rein .

Les soins pré-opératoires se réduisent à des antibiotiques ou sulfamides en cas d'infection .

L'intervention est conduite sous anesthésie générale avec intubation trachéale .

Ce n'est pas une intervention hémorragique ni choquante . Mais c'est une intervention minutieuse et parfois longue .

Parfois , on commencera par l' U.P.R. , puis le malade sera installé en décubitus latéral avec billot . La voie d'abord doit être large pour permettre une bonne exposition des lésions en place . La voie de FEY ou celle de GAUMME sont les meilleures. On résèque généralement la 11 ème ou la 12 ème côte en évitant bien la plèvre . Parfois , celle-ci est accidentellement ouverte, en particulier dans les réinterventions . On la suture alors et parfois il faut le lendemain pratiquer une exsuflation pleurale pour ramener le poumon à la paroi , mais nous n'avons jamais eu d'incident plus sérieux .

Après ouverture de la loge rénale , le premier temps est l'exploration des lésions . Cette exploration est minutieuse et se fait sur les organes en place . Elle a pour but :

1°) déterminer la cause de l'hydronéphrose . Pour celà , il faut commencer par repérer l'uretère et le disséquer minutieusement de bas en haut , jusqu'au bassinet que l'on dépouille du tissu graisseux . La jonction pyélo-urétérale est ainsi vue et on peut trouver , tantôt une artère anormale croisant la jonction pyélo-urétérale par en avant ou en arrière , parfois elle s'accompagne de brides plus ou moins denses qui barrent cette jonction . Parfois,même le bassinet semble à cheval sur cette bride .

Tantôt un rétrécissement plus ou moins étendu de la terminaison urétérale , parfois filiforme . Après libération de la jonction , on pratique une courte incision sur le bassinet ; on regarde si les urines sont limpides . On en prélève pour culture puis on essaye de cathétériser ce rétrécissement à l'aide d'un explorateur à boule ou d'une fine sonde . Parfois le cathétérisme est impossible alors qu'extérieurement le calibre urétéral semblait normal : il s'agit peut-être d'une valvule anormale ; dans ces cas , le cathéter enfoncé de bas en haut par une courte urétérotomie passe facilement .

Parfois un rétrécissement scléreux péri-urétéral et péri-pyélique témoigne d'un processus inflammatoire et au cathétérisme , l'explorateur bute sur l'endroit rétréci .

Parfois , enfin , on ne retrouve rien d'anormal .

2°) Déterminer la valeur du parenchyme rénal après évacuation du contenu pyélique . On note la couleur , mais surtout , l'épaisseur et la consistence de ce tissu , facteurs importants de la tactique opératoire .

- lorsque le parenchyme est réduit à une mince poche flasque , la néphrectomie est la seule attitude possible , quelle que soit la cause de l'hydronéphrose .

- Lorsque le parenchyme est encore épais et ferme , il n'y a pas d'hésitation , il faut conserver le rein .

- Parfois , on peut hésiter dans les cas intermédiaires : le parenchyme à une épaisseur de 3 mm (ce qui est pour certains , la limite de conservation) et il n'a pas trop mauvais aspect . On a proposé la biopsie rénale (même extemporanée) pour juger de sa valeur . En fait , c'est surtout dans ces cas qu'il faut :

3°) Déterminer la valeur et la possibilité de récupération du muscle pyélique . Le bassinet est généralement inerte dans ces formes : il faut essayer de déclencher , au besoin par des chiquenaudes , des contractions pyéliques et les observer (avant ouverture puis après ponction du bassinet) . Lorsqu'elles sont absentes , après longue observation et dans les cas limites , la conservation rénale est aléatoire : certains pratiquent la néphrectomie ; nous préférons quand même tenter une plastie en y associant une large résection pyélique .

LORSQU'ON A DECIDE LA CONSERVATION RENALE , QUEL TYPE D'INTERVENTION CHOISIR ?

Deux attitudes s'opposent :

- certains chirurgiens , quelque soit la lésion anatomique causale , pratiquent toujours la même technique , en particulier la résection large de la jonction pyélo-urétérale .

- D'autres , au contraire , choisissent parmis l'arsenal thérapeutique , l'arme qui leur semble la mieux adaptée .

Cette attitude nous semble préférable .

1 - En cas d'artère anormale :

Il faut vérifier par pyélotomie qu'il n'existe pas de sténose de la jonction associée .

S'il existe une sténose associée de cette jonction , on a le choix entre :

- la résection large de la jonction pyélo-urétérale , avec anastomose urétéro-pyélique à distance du vaisseau ,
- la technique de Foley-Bischoff qui suffit parfois à déplacer la jonction dans les formes peu compressives .

Lorsque la bride vasculaire ne s'accompagne pas de sténose intrinsèque , on a le choix entre :

- le décroisement par section pyélique et réanastomose (MICHON) ,
- la technique de DELBET-PATSCH ,
- ou celle d'HAMILTON-STEWART (néphroplicature) .

Quant à la simple section isolée vasculaire , elle nous semble soit dangeureuse (gros vaisseaux) , soit inefficace .

2 - En cas de rétrécissement de la jonction pyélo - urétérale :

Lorsque le rétrécissement est court et que l'uretère s'implante haut dans le bassinet :

- anastomose latéro-latérale ou mieux technique de Foley .

Lorsque le bassinet est très large :

- technique de Foley-Bischoff .

Ces deux techniques sont celles que nous avons employées le plus souvent mais , les résections de la jonction type Anderson HYNES ou KUSS , donnent aussi de bons résultats dans ces cas.

Lorsque le rétrécissement est long et que l'uretère s'implante bas dans le bassinet très dilaté :

- technique de Culp , ou parfois de Davis , lorsque le bassinet n'est que modérement dilaté .

3 - En cas de valvule anormale :

- résection de la jonction .

4 - En cas de lithiase associée , il faut bien vérifier que l'on a bien enlevé tous les calculs . On peut être parfois amené à une néphrectomie partielle .

5 - Dans les réinterventions :

- on peut parfois refaire une plastie de type Foley, souvent la seule solution est la technique de Davis .

Quelle que soit la technique choisie , la minutie de sa réalisation est un des facteurs essentiels de sa réussite :

- il faut éviter de mobiliser le rein , de tirer sur son pédicule , de couper les vaisseaux périrénaux de suppléance ,

- il faut inciser franchement le bassinet : nous utilisons un bistouri très pointu , en forme de serpette , puis des ciseaux fins pour avoir des tranches nettes .

- Il faut utiliser des fils de traction sur le bassinet pour éviter de le traumatiser avec des pinces .

- Les sutures seront faites au catgut ooo à points séparés , distants d'environ 5 mm , à l'aide d'aiguilles rondes serties . Elles se feront bord à bord , en évitant de froncer , d'éverser la muqueuse , ce qui serait l'amorce d'une fistule , en évitant , si possible , de prendre la muqueuse , mais les points totaux donnent d'aussi bons résultats .

- Il y a intérêt à bâtir son anastomose , à s'aider d'une sonde pour éviter de prendre les deux faces dans la même point .

- Avant de fermer complètement le bassinet , il est bon de le rincer pour vérifier l'absence de caillot qui pourrait être l'annonce de calcul . On peut même laisser un peu de citrate de Na .

- Une fois terminée l'anastomose , il faut replacer le rein en position haute. Il est inutile de faire une véritable néphropexie , mais il faut refaire un coussinet adipeux sous rénal en hamac en fermant la loge .

*

* *

FAUT-IL SOUTENIR L'ANASTOMOSE ? FAUT-IL DRAINER LE REIN ?

Ces deux problèmes , qui sont liés , ont été et restent très controversés .

L'habitude , depuis ALBARRAN , HEITZ-BOYER , MARION , était de soutenir l'anastomose par un tuteur urétéral (" splint " des anglo-saxons) pour maintenir le calibre de l'anastomose et la rectitude de l'uretère , et de drainer le bassinet pour éviter la rétention en mettant le muscle pyélique au repos , et permettre la cicatrisation en évitant la distension des sutures .

Cette méthode considérée comme rassurante n'était pas sans inconvénients . On l'accuse de favoriser l'infection ,

- de prédisposer à la lithiase ,
- et de pouvoir entraîner un rétrécissement à l'extrémité du cathéter ,
- d'allonger la durée d'hospitalisation et d'occasionner des incrustations calcaires .

Si bien que depuis 1953 , certains auteurs (en particulier ANDERSON et HYNES) ont abandonné tout drainage ou sonde tuteur . Cette méthode (entre leurs mains) leur donne entière satisfaction .

Pour notre part , l'attitude est plus éclectique , après avoir essayé toutes les méthodes .

1°) Lorsque les urines sont stériles , que l'anastomose est bien large , très satisfaisante pour une opération de Foley-Bischoff , il arrive de ne pas drainer , laissant 1 cm de la

portion haute du bassinet non suturé comme soupape , une lame de caoutchouc dans la loge rénale .

2°) Lorsque les urines sont infectées , nous pensons qu'il faut toujours drainer :

a) le bassinet , soit par pyélostomie directe , mais elle tient souvent mal , soit par pyélostomie trans-rénale ou néphrostomie qui est préférable . On la fait au pôle inférieur du rein , sur la poche dépressible du calice inférieur dilaté , au bistouri enlevant la lamelle parenchymateuse ou à la pince de KELLY .

Ses dangers en sont l'hémorragie : elle cède généralement à la mise en place de la sonde qui comprime la zone saignante . Cependant , une fois elle a été très abondante nécessitant une réintervention pour hémostase , une autre fois elle est la cause d'une néphrectomie secondaire .

b) L'anastomose .

On peut utiliser la sonde urétérale montée à l'avance et fixée par un catgut dans le bassinet , ou bien descendue jusque dans la vessie et attrapée à l'aide d'un lithotriteur à mors plats.

On peut faire sortir la sonde par urétérotomie à la peau en évitant de la couder à angle aigu .

Certains ont drainé à l'aide d'une sonde urétérale en T , type drain biliaire de KERR .

On peut faire sortir la sonde urétérale par pyélostomie ou mieux par néphrostomie à côté ou à travers la sonde de néphrostomie .

Le calibre de la sonde doit être adapté à celui de l'uretère . On peut utiliser des calibres relativement gros : la nécrose urétérale est peu à craindre .

La sonde en matière plastique multiperforée semble être la meilleure .

On peut aussi la clamper à sa sortie si on veut qu'elle n'agisse que comme tuteur de l'anastomose .

3°) Le drainage le plus utilisé dans notre série , c'est la sonde de Cummings (dérivée de la sonde de Malécot) qui associe une sonde de Pezzer de néphrostomie dont le capuchon est dans le bassinet à un segment urétéral long , qui la prolonge .

Cette sonde soutient l'anastomose par son segment urétéral et draine le bassinet . Elle est laissée de 12 à 18 jours . Dans certains cas , elle est clampée d'emblée , ne jouant que le rôle de tuteur . Dans d'autres , elle est laissée ouverte et reliée à un petit flacon stérile qui recueille les urines . On entretient sa perméabilité par de petits lavages doux . On peut aussi instiller des antibiotiques dans le bassinet .

On pratique généralement une pyélographie de contrôle par la sonde permettant de vérifier que le produit de contraste coule bien autour de la sonde du bassinet vers l'uretère et que ce dernier est bien perméable .

Puis on clampe cette sonde pour vérifier l'absence d'élévation thermique et de douleur lombaire pendant 48 heures .

Puis on la retire les 12 ème - 15 ème jour , après contrôle d'une urine limpide . Parfois le clampage de la sonde entraîne fièvre et douleurs lombaires nécessitant sa réouverture et la prolongation du drainage pendant quelques jours , mais jamais plus de 18 jours .

4°) Il faut mettre à part la technique de DAVIS où la sonde doit être laissée 6 semaines à 2 mois .

5°) Chez le nourisson , le drainage par intubation est pratiquement indispensable en raison du calibre très étroit de l'uretère et de l'oedème post-opératoire de la muqueuse qui bouche la muqueuse .

" Vouloir dans tous les cas réaliser le procédé plastique sans intubation est une attitude prétentieuse et néfaste "
(GREGOIR) .

SOINS POST-OPERATOIRES ET SUITES OPERATOIRES .

I - Les suites des néphrectomies pour hydronéphrose sont généralement simples . Les seuls incidents rencontrés peuvent être : un abcès de paroi . Les phlébites seront prévenues par un lever précoce et les anticoagulants éventuellement . L'hospitalisation est habituellement de 8 à 10 jours .

II - Les suites des autres interventions sont variables avec la technique employée :

1°) Les techniques qui n'ouvrent pas le conduit excréteur ont des suites et des soins post-opératoires simples , une hospitalisation courte .

2°) Les techniques qui comportent une plastie pyélo-urétérale sans drainage ni sonde tuteur , ont parfois des suites très simples ; le pansement n'est pas mouillé , les urines sont rapidement claires , il n'y a ni fièvre ni douleurs . Le malade peut sortir vers le 10 ème-12ème jour .

Parfois , la fièvre monte tandis que le malade accuse une douleur lombaire du côté opéré : il faut monter une sonde urétérale pour soulager le bassinet sous tension . Ailleurs , c'est le pansement qui est mouillé au delà du 5 ème jour , qui oblige à monter une sonde urétérale pour prévenir la fistule lombaire .

3°) Les plasties drainées ont souvent des suites simples pour peu qu'on surveille bien les sondes .

Ces sondes sont reliées par des tubes stériles à un flacon stérile . On entretiendra leur perméabilité par de petits lavages et l'installation d'antibiotiques .

Les sondes urétérales sont enlevées vers les 10-12 ème jour , après avoir été clampées 48 heures sans incident .

Les sondes de néphrostomie vers le 15 ème jour , après contrôle radiographique de la perméabilité de l'anastomose .

Nous avons déjà vu les modalités des suites avec la sonde de Cummings . Il nous faut signaler un incident survenu avec cette sonde : la section de son extrémité urétérale lors de l'ablation qui nécessita une intervention pour aller la retirer . L'hospitalisation moyenne est plus longue , de l'ordre de 20 jours . L'U.I.V. dans la période post-opératoire est d'un intérêt réduit : vérifier que la sécrétion rénale est bonne . La morphologie pyélo-caliciel-le s'améliore ensuite en 2 mois .

Dans tous les cas , nous pensons qu'il faut donner des antibiotiques ou des sulfamides pendant toute l'hospitalisation et continuer ensuite par cures discontinues . On se guidera sur l'antibiogramme du germe urinaire éventuel .

En cas d'urines stériles , on a pu ne pas donner d'antibiotiques , sans incident . Les anticoagulants ne seront pas systématiques .

Après l'opération de DAVIS , le malade pourra sortir vers le 15 ème jour avec sa sonde . Il reviendra la faire enlever , après contrôle de la perméabilité , entre la 6 ème semaine et le 2 ème mois .

Dans les suites à distance , les malades seront régulièrement surveillés par des U.I.V. et des E.C.B. pour dépister les complications :

- infection pyélique persistante ,
- poussées de cystite ,
- lithiase post-opératoire ou aggravation de l'hydronéphrose .

Il ne faudra pas tenir compte des clichés des deux premiers mois ; ils s'améliorent généralement assez vite . Par contre, une aggravation tardive indique une sténose évolutive de la bouche anastomotique:il ne faudra pas trop attendre pour réintervenir pour sauver le rein tant qu'il est encore temps .

Dans plus de la moitié de nos réinterventions ,une intervention conservatrice a pu être réalisée , souvent avec un très bon résultat .

*

* *

R E S U M E D E S O B S E R V A T I O N S

180 observations de malades atteints d'hydronéphrose répondant à la définition donnée , sont résumées ici .

Ces observations concernent toutes des malades de notre Maître , Monsieur le Professeur Pierre ABOULKER .

- 141 malades hospitalisés ont été opérés ou suivis de :
  - 1953 à 1957 à l'hôpital SAINT-LOUIS ,
  - 1958 à 1960 à l'hôpital LARIBOISIERE ,
  - 1961 à 1966 à l'hôpital COCHIN .
- 92 de ces malades ont subi une pyéloplastie dont 2 bilatérales .
- 45 , une néphrectomie d'emblée .
- 4 n'ont pas été opérés (en fait , 8 autres malades non opérés sont encore suivis assez régulièrement) .
- 39 malades de ville ont subi une pyéloplastie (nous n'avons pas le chiffre exact des néphrectomies pour hydronéphrose pratiquées en ville pendant la même période) .

Au total , ces observations regroupent :

- 131 pyéloplasties dont 2 bilatérales soit 133 en tout ,
- et 45 néphrectomies .

Ces observations sont regroupées en 3 rubriques :

1 - Les pyéloplasties sans lithiase : 102

2 - Les pyéloplasties avec lithiase : 31

3 - Les néphrectomies : 45

Parmi les pyéloplasties , c'est la technique de FOLEY qui a été le plus souvent utilisée , 73 cas (dont 18 avec lithiase) dont un bilatéral (74 opérations de FOLEY) .

Puis vient celle de BISCHOFF , qui associe à un FOLEY , une résection du bassinet (elle est aussi décrite par DEUTICKE): 35 fois , dont 5 fois avec lithiase .

Puis :

- 5 opérations de DAVIS (dont 4 avec lithiase) ,
- 4 opérations de HAMILTON STEWART ,
- 3 résections pyélo-urétérales ,
- 3 anastomoses latéro-latérales pyélo-urétérales ,
- 2 Culp ,
- 2 transpositions du bassinet ,
- 1 Fenger ,
- 2 intubations urétérales après pyélotomie ,
- 1 section de l'isthme de rein en fer à cheval .

A B R E V I A T I O N S

U.I.V.	:	urographie intra-veineuse
U.P.R.	:	urétéro-pyélographie rétrograde
E.C.B.	:	examen cytobactériologique des urines
Péni	:	Pénicilline
Strepto	:	Streptomycine
Coli	:	Colimycine
Jonction P.U.	:	jonction pyélo-urétérale
C.R.O.	:	compte-rendu opératoire

O P E R A T I O N S D E F O L E Y

pour

H Y D R O N E P H R O S E sans L I T H I A S E

Observation n° F 1 - Madame GAU... Adrienne , 25 ans ,

Hospitalisée le 3.6.52 : elle présente des douleurs lombaires droites évoluant par crises tous les mois environ avec fièvre et pollakiurie . La crise dure deux à trois jours .

E.C.B. en avril 1952 : colibacille . Traitement Terramycine .

Antécédent de grossesse normale .

Examen : R.A.S. , T.A. 12/6 , urée 0,30 .

U.I.V. le 5.4.52 : ectasie pyélo-calicielle droite (petits calices en boule) ; à gauche , bifidité rénale .

C.R.O. le 6.6.52 : résection de la 11 ème côte . Rein petit , facilement extériorisé . Bassinet distendu . Pas de rétrécissement de la jonction P.U. . On fait néanmoins une plastie en Y au dépend de la face antérieure du bassinet . Suture en catgut oo . Pas de drainage .

S.P.O. : Péni 1 M , Strepto 1 g pendant 8 jours .
Suites opératoires simples , apyrétiques , sortie de la malade le 11 ème jour en bon état .

A été perdue de vue ; reconvoquée en 1965 , mais n'habite plus à l'adresse indiquée .

Observation n° F 2 - Monsieur FAU... Pierre , 47 ans ,

Antécédents : appendicectomie en 1930 .

1952 , douleurs lombaires droites , sourdes , continues , accentuées par la station debout , qui auraient été calmées par le port d'un corset . Aucun signe urinaire .

Hospitalisé dans le service le 16.3.1953 .
Examen clinique : homme corpulent , T.A. 16,5/11 , foie débordant de trois travers de doigts .

U.I.V. le 17.3.1953 : sécrétion normale , ectasie pyélo-calicielle droite .

U.P.R. : sténose de la jonction P.U. .

Urée 0,30 , E.C.B. : staphylocoque à la culture .

C.R.O. le 24.3.1953 : bassinet distendu , il existe un rétrécissement de 1 cm de long de la jonction urétérale . Opération de FOLEY sur sonde urétérale sortant par le parenchyme rénal .

S.P.O. : Péni 1 M , Strepto 1 g , pendant 8 jours . Ablation de la sonde le 10 ème jour , sortie du malade le 15 ème jour , après des suites simples .

Revu le 21.10.1954 : Il présente encore des douleurs lombaires mais bilatérales . Une bonne sécrétion à l' U.I.V. avec diminution de l'opacité pyélique mais persistance d'une stase .

Revu le 17.4.1956 : A l'U.I.V. , bonne sécrétion , les images radiologiques sont inchangées .

Reconvoqué en 1965 , mais n'habite pas à l'adresse indiquée .

Observation n° F 3 - Monsieur LEG... Iltud , 46 ans ,

C.R.O. 1953 (Louis Michon) : incision lombaire droite . Rein un peu augmenté de volume , bassinet fortement dilaté . L'uretère passe au milieu de vaisseaux . Section de ces vaisseaux qui représentent un véritable pédicule inférieur . Néphropexie par le procédé capsulaire.

Ne souffre pas jusqu'en 1953 . Il consulte alors pour des douleurs lombaires droites à type de pesanteur continue avec des élancements . Irradiations vers l'hypochondre droit .

Avril 1953 : urines troubles redevenant rapidement claires . Le 1.5.53 , douleur violente de la F.I.D. et de la région lombaire droite .

Hospitalisé dans le service le 4.5.53 ; présente toujours ces douleurs lombaires droites .

Examen clinique : cicatrice lombaire droite . R.A.S. , T.A. 13/8 urée , 0,30 , E.C.B. : pas de germe .

U.I.V. : hydronéphrose droite avec distention pyélique et calicielle . Bonne sécrétion .

C.R.O. le 9.5.53 : reprise de l'ancienne incision . Résection de la 12 ème côte . Le bassinet est globuleux , l'uretère pris dans un tissu fibreux est bridé par des tractus fibreux . Il est collé au bord inférieur du bassinet sur environ 10 cm . On le libère

Incision du bassinet , passage de l'explorateur à boule qui montre un manque d'élasticité de la jonction P.U. . Plastie de FOLEY sur sonde urétérale par le parenchyme rénal .

S.P.O. : Péni 1 M , Strepto 1 g . Suites simples , ablation de la sonde le 13 ème jour . Sortie le 15 ème jour .

U.I.V. le 26.9.53 : bonne sécrétion , il persiste un peu de stase pyélique .

E.C.B. . pas de germe .

Quelques douleurs lombaires droites .

Revu le 29.3.54 : urines claires , grosse amélioration morphologique;à l' U.I.V. les fonds de calices sont plus arrondis, mais il persiste un peu de stase pyélique .

A eu une crise douloureuse de la fosse iliaque droite . Les urines sont claires .

1965 : a répondu au questionnaire : ne souffre pas . Les urines sont limpides . Se considère très satisfait de l'opération .

- Observation n° F 4 -

Madame DUN...Paulette , 38 ans , Mère de famille,

Appendicectomie en 1940 . Mariée à 18 ans , 6 enfants , grossesses et accouchements normaux .

A la 5 ème grossesse de 1959 , douleurs lombaires gauches , à type d'élancement, irradiant vers la cuisse . Après l'accouchement , douleur de la fosse lombaire gauche à irradiations antérieures vers l'hypochondre gauche . Aucun signe urinaire . Des examens sont pratiqués en 1956 : urée 0,35 , E.C.B. : colibacille , pas de B.K..

U.I.V. le 17.10.56 : ectasie pyélique et caliciclle gauche modérées.

U.P.R. le 20.11.56 : vessie normale , rétrécissement de la jonction P.U. .

Hospitalisée le 22.1.57 : examen clinique R.A.S. , T.A. 11/7 , urée 0,25 , E.C.B. : colibacille .

Incision du bassinet , passage de l'explorateur à boule qui montre un manque d'élasticité de la jonction P.U. . Plastie de FOLEY sur sonde urétérale par le parenchyme rénal .

S.P.O. : Péni 1 M , Strepto 1 g . Suites simples , ablation de la sonde le 13 ème jour . Sortie le 15 ème jour .

U.I.V. le 26.9.53 : bonne sécrétion , il persiste un peu de stase pyélique .

E.C.B. . pas de germe .

Quelques douleurs lombaires droites .

Revu le 29.3.54 : urines claires , grosse amélioration morphologique;à l' U.I.V. les fonds de calices sont plus arrondis, mais il persiste un peu de stase pyélique .

A eu une crise douloureuse de la fosse iliaque droite . Les urines sont claires .

1965 : a répondu au questionnaire : ne souffre pas . Les urines sont limpides . Se considère très satisfait de l'opération .

- Observation n° F 4 -

Madame DUN...Paulette , 38 ans , Mère de famille,

Appendicectomie en 1940 . Mariée à 18 ans , 6 enfants , grossesses et accouchements normaux .

A la 5 ème grossesse de 1959 , douleurs lombaires gauches , à type d'élancement, irradiant vers la cuisse . Après l'accouchement , douleur de la fosse lombaire gauche à irradiations antérieures vers l'hypochondre gauche . Aucun signe urinaire . Des examens sont pratiqués en 1956 : urée 0,35 , E.C.B. : colibacille , pas de B.K..

U.I.V. le 17.10.56 : ectasie pyélique et calicielle gauche modérées.

U.P.R. le 20.11.56 : vessie normale , rétrécissement de la jonction P.U. .

Hospitalisée le 22.1.57 : examen clinique R.A.S. , T.A. 11/7 , urée 0,25 , E.C.B. : colibacille .

C.R.O. le 24.1.57 : résection de la 12 ème côte . Le rein est gros à son pôle inférieur. Il présente là des adhérences sclérolipomateuses et un aspect déprimé comme s'il y avait eu là un infarctus. Le bassinet est très volumineux , forme une poche qui descend en jabot en dedans de l'uretère dont l'implantation est haute . Incision du bassinet : urines sanglantes dont on ne comprend pas bien la provenance ; pas de calcul ni tumeur dans le bassinet . Opération de FOLEY sur sonde de Cummings sortant par l'endroit amminci du pôle inférieur du rein .

S.P.O. : Péni 1 M , Strepto 1 g , pendant 3 jours puis Tifo 1 g, 10 jours . Ablation de la sonde le 14 ème jour après pyélographie de contrôle .

U.I.V. le 9.2.1957 : il persiste un certain degrè de stase .

Sortie de la malade le 18.2.57 , en bon état .

1965 : a répondu au questionnaire . Va bien , ne souffre pas , urines limpides ; n'a pas refait de radiographies .

Observation n° F 5

Madame REM ... Thérèse , 31 ans ,

Découverte presque fortuite par une U.I.V. du 5.5.53 , d'une hydronéphrose bilatérale . Opacification bilatérale dès la 6 ème minute ; à droite , grosse ectasie pyélique avec calices très dilatés , en boule ; à gauche ectasie pyélique avec faible ectasie calicielle . Les fonds de calices sont encore arrondis .

Une pyélographie droite le 15.5.53 , confirme le diagnostic d'hydronéphrose .

8.8.55 , nouvelles U.I.V. , identiques à celles de 53 .

13.12.56 : U.I.V. sans grand changement .

9.4.57 U/P.R. à droite : uretère normal jusqu'au voisinage de la jonction P.U. où il est rétréci sur 2 cm 5 , avec grosse ectasie pyélo-calicielle . A gauche , ectasie pyélique donnant un bassinet globuleux ; les calices sont modéremment dilatés .

E.C.B. : colibacille ; urée 0,22 , T.A. normale .

C.R.O. le 10.5.57 : abord du bassinet droit qui est volumineux . L'uretère présente sur deux centimètres environ , au dessus de la jonction P.U. , un segment rétréci . Technique de FOLEY sur sonde de Cummings rénale .

S.P.O. : Térramycine pendant 5 jours . Ablation de la sonde le 11 ème jour .

U.I.V. le 18 ème jour : montre une atomie du bassinet droit , habituelle à cette phase post-opératoire .

Les suites opératoires ont été excellentes .

Sortie de la malade le 21 ème jour.

1965 : n'habite plus à l'adresse indiquée .

Observation n° F 6

Mademoiselle WEB... Raymonde , 19 ans , mécanicienne ,

Le 14.6.57 , apparition brutale de douleurs lombaires droites sans irradiation , s'accompagnant d'une albuminurie à 20 g/l , d'une fièvre à 40 , d'une dysurie . Les troubles s'amendent en trois jours sous Rufol et Streptomycine .

Le 24.6.57 U.I.V. : montre une très grosse ectasie pyélique et calicielle gauche avec stase importante . Le bassinet atone est aplati sur le relief du psoas .

Hospitalisée dans le service le 8.7.57 . Examen clinique R.A.S.. E.C.B. : pas de germe ; urée 0,30 , T.A. 10/5/

C.R.O. le 12.7.57 : la jonction P.U. est absolument filiforme; à cet endroit , l'uretère se termine par un trajet court du diamètre d'un catgut oo . Dissection soigneuse . Technique de FOLEY , sonde de Cummings trans-rénale . Une lame .

S.P.O. : Péni 1 M , Strepto 1 g , puis Tifo 1 g 50 pendant 9 jours . Suites opératoires : au 4 ème jour , poussée fébrile tandis que la sonde donne très peu et que les pansements sont mouillés . Soins locaux pour déboucher la sonde . Chute thermique en 48 heures . Evacuation d'un petit abcès de paroi .

14 ème jour , pyélographie par la sonde : montre une fuite légère par le haut du bassinet communicant avec l'extérieur mais bon passage urétéral .

31.7.57 : nouvelle pyélographie : la sonde s'est déplacée , on l'enlève .

Sortie de la malade le 4.8.57 , en bon état .

Revue le 1.10.58 : s'est mariée , est enceinte .

L'U.I.V. montre cependant une grosse ectasie pyélo-urétérale droite .

Observation n° F 7

Madame DEM... Louisa , 32 ans ,

Hospitalisée le 22.10.57 , dans le service .
Antécédents : goître depuis plus de 15 ans .

Depuis 2 ans , douleurs sourdes de la région lombaire gauche avec paroxysmes . Ces douleurs se sont accrues depuis 6 mois , s'accompagnant de pollakiurie avec brûlures à la miction .

U.I.V. Avril 57 : montre une importante hydronéphrose gauche.
Les U.P.R. pratiquées (en Belgique) confirment le diagnostic mais entraînent une pyrexie à 40° , pendant 3 jours .

Examen à l'entrée : cliniquement R.A.S. , T.A. 11/8 , urée 0,30
E.C.B. urinaire : nombreux leucocytes et cocci Gram négatif .

C.R.O. le 25.10.57 : le rein et le bassinet sont rouges et adhérents et saignent au moindre contact . Il vient d'y avoir certainement une poussée inflammatoire récente . Libération de la jonction P.U. , très étroite et masquée par du tissu conjonctif assez dense . Incision pyélique : urines purulentes . La sonde accroche au niveau de la jonction P.U. au retour . Opération de FOLEY , sonde de Cummings trans-rénale .

S.P.O. : Péni 1 M , Streptc 1 g , pendant 10 jours .
Suites opératoires satisfaisantes en dehors d'une phlébite superficielle du M.I.G. . Traitement anti-coagulant .

Pyélographie le 10 ème jour . Ablation de la sonde le 12 ème jour . Sortie le 26 ème jour .

Revue le 30.1.58 : L'U.I.V. montre une stase importante pyélo-calicielle gauche .

Revue en septembre 1963 : des U.I.V. montrent un très mauvais fonctionnement de ce rein gauche et la néphrectomie est envisagée .

Observation n° F 8

Madame LER... Lucienne , 44 ans , Commerçante ,

Août 1952 , hématurie lors d'une seule miction .
E.C.B. : colibacille , traitement par Rufol et Pénicilline .
Douleurs lombaires gauches , fatigue avec amaigrissement de 6 kg.

Janvier 53 U.I.V. : elle montre une hydronéphrose gauche .

Souffre encore en 53 de douleurs lombaires gauches à irradiation descendante .

19.3.54 : cystoscopie normale , l' U.P.R. confirme une hydronéphrose gauche , que montrait bien l' U.I.V. : avec une ectasie calicielle considérable . Hospitalisée le 29.4.54 .

Antécédents : opérée de rétroversion utérine en 44 , appendicectomie ; sérologie syphylitique positive il y a 10 ans .
Examen clinique R.A.S. , T.A. 13/8 , urée 0,25 .
E.C.B. : nombreux leucocytes , staphylocoque .

C.R.O. le 30.4.54 : résection de la 12 ème côte , plastie de FOLEY sur sonde urétérale n° 20 montée auparavant .

S.P.O. : Péni 1 M , Strepto 1 g . Suites opératoires simples .
Ablation de la sonde le 15 ème jour .

U.I.V. le 15 ème jour : petite stase habituelle en post-opératoire .
Sortie le 24 ème jour , en bon état .

Revue le 17.5.61 : pour des douleurs lombaires semblant d'origine rachidienne . Examen : rein droit palpable , urines limpides .

24.5.61 : néphroptose bilatérale modérée . U.I.V. normale .

7.6.63 : (convoquée) N'a pas de phénomènes infectieux ; sensibilité lombaire , urines limpides . U.I.V. identique à la précédente .

Observation n° F 9

Madame COE... Marcelle , 30 ans , modiste ,

1943 , un accouchement ; infection post-partum : métrite 1944 , salpingite 1945 ; résection du nerf pré-sacré novembre 1949 . Hystérectomie et ovariectomie + appendicectomie avril 1951 .

Début des troubles urinaires en 1959 , par de violentes douleurs lombaires gauches , 38° , vomissements , colibacille à l'examen . Répétition des crises à intervales variables . Une hématurie en 1952 associée à la pyurie .

Hospitalisée le 4.3.54 : examen clinique R.A.S. , T.A. 11/6 .

U.I.V. 20.2.54 : bonne sécrétion dès la 6 ème minute , dilatation pyélique et calicielle gauche .

U.P.R. bilatérale le 19.2.54 : montre un rétrécissement au niveau de la jonction P.U. gauche .

C.R.O. le 9.3.54 : abord du bassinet qui est couvert par un voile d'adhérences. Incision longitudinale sur le collet de l'uretère rétréci . Plastie de FOLEY . Sonde urétérale .

S.P.O. : pas d'antibiotiques ; 38° pendant 4 jours , puis température normale ; bonne sécrétion urinaire .
Le 24.3.54 , ablation de la sonde (15 ème jour) .

U.I.V. le 18 ème jour : stase importante du bassinet gauche .
Sortie de la malade le 30.3.54 .

U.I.V. le 5.1.55 : morphologie pyélo-calicielle normale avec petite stase à gauche et légère à droite .

Le 21.1.60 : image identique .

Le 15.6.63 : n'a pas eu de crise douloureuse ni infectieuse depuis l'intervention ; urines limpides .

Observation n° F 10

Monsieur MET... Robert , 35 ans , Représentant ,

Hospitalisé le 10.3.54 pour syndrôme douloureux abdominal . Souffre depuis deux ans de douleurs lombaires droites , par crises de début brusque , intenses . Reste un an et demi sans souffrir .

En eté 1953 , nouvelle crise douloureuse : colique néphrétique droite . Présente 7 crises douloureuses , sans signe urinaire jusqu'à son hospitalisation .

Examen clinique R.A.S. , T.A. 13/9 .

U.I.V. du 5.10.53 : montre une image en boules des calices avec une rétention pyélique droite .

E.C.B. : nombreux leucocytes , colibacille .

C.R.O. le 12.3.54 résection de la 12 ème côte . Opération de FOLEY sur le rein en place pour un rétrécissement de la jonction P.U. Une sonde urétérale de gros calibre a été montée au début de l'intervention et sera laissée en place .

S.P.O. : pas d'antibiotiques . Suites opératoires ; ablation de la sonde urétérale le 13 ème jour (25.3.54) . Le 27 , poussée thermique à 40° , brûlure à la miction , Tifo 2 g .

28.3.54 : épididymite droite et petite hématurie .

Sort le 2.4.54 apyrétique , l'épididymite n'est pas complètement guérie .

Revu le 11.10.54 : pas de crise douloureuse , urines troubles .

U.I.V. : calcul caliciel inférieur droit , morphologie pyélo-calicielle normale en dehors d'une légère stase pyélique . Cure à Contrexéville qui provoque l'émission de petits calculs .

Réhospitalisé le 14.11.55 pour hématurie totale depuis trois jours . Région lombaire droite sensible ; petit noyau épididymaire droit . T.A. 12/7,5 .

U.I.V. : un calcul pyélique rond et deux calculs caliciels inférieurs droits . Sur le cliché sans préparation , bonne sécrétion rénale , passages urétéraux visibles . Pas de distention caliciel-le , un peu de stase pyélique .

C.R.O. le 15.11.55 : adhérences péri-rénales surtout au niveau de la jonction P.U. . Dissection de l'uretère de bas en hat . Ponction du bassinet d'où l'on retire de l'urine purulente , extraction des trois calculs . Incision urétérale par laquelle on fait passer une sonde n° 32 , mais elle accroche . On prolonge l'incision du bassinet sur toute la longueur du bassinet rétréci et on y met une sonde n° 36 qu'on fait sortir par le bassinet incomplètement suturé . Sonde de Malecot de néphrostomie . Il semble donc que l'uretère ait eu un agrandissement notable de son calibre mais qu'il y ait à la jonction P.U. un anneau fibreux indilatable .

S.P.O. : Péni 1 M , Strepto 1 g . Fièvre et douleurs lombaires pendant 4 jours . Arrêt des antibiotiques au 12 ème jour . Ablation des sondes le 21 ème jour .

Sortie le 26 ème jour en bon état général .

Revu le 1.6.59 : U.I.V. normale .

Le 19.7.63 : urines claires .

U.I.V. : bonne élimination des deux côtés sans dilatation pyélo-calicielle .

Observation n° F 11

Madame TEI... Solange , 26 ans , sténo-dactylo ,

1949 , à l'âge de 16 ans , découverte à l'examen systématique d'une albuminurie discrète isolée . R.A.S. jusqu'au 27.4.57 où la malade présente une douleur brutale du côté gauche avec fièvre à 39° , sans troubles urinaires .

Mai 1957 : crises identiques à raison d'une par semaine .

14.5.57 : hospitalisée dans le service . Examen clinique : grosse tuméfaction dans la fosse lombaire gauche donnant le contact lombaire . T.A. 13/9 , urée 0,20 , E.C.B. : bacilles gram négatif.

U.I.V. 11.5.57 : long retard de sécrétion à gauche avec image très tardive d'une énorme distention pyélo-calicielle .

U.P.R. le 21.5.57 : confirme l'énorme distention pyélo-calicielle .

C.R.O. le 4.6.57 : bassinet très distendu ainsi que le rein ; dissection de l'uretère qui présente un rétrécissement de 1 cm de long au niveau de la jonction P.U. , l'uretère formant un siphon . Technique de FOLEY sur sonde de Cummings . Lame .

S.P.O. : Péni 1M , Strepto 1 g , pendant 9 jours . Suites simples , apyrétiques en dehors d'une oligurie pendant les trois premiers jours .

15 ème jour , la sonde de néphrostomie est bouchée , la malade reste apyrétique mais le lendemain,le pansement est mouillé ; réouverture de la sonde .

Le 17.6.57 : concentration uréique , rein droit 2o g 57 / L , rein gauche 5 g 46/l .

Le 18.6.57 : pyélographie par la sonde qui est ensuite bouchée et qui sera enlevée le 24.6.57 .

Le 26.6.57 : douleurs lombaires , fièvre à 39° , traitement par Tifo , puis Péni , pendant 6 jours . Chute thermique en 48 heures Sortie le 6.7.57 .

Continue à souffrir de douleurs lombaires gauches ; épisodes fébriles à 38° , urines troubles . Réhospitalisée le 23.9.59 . T.A. 12,5/7 . E.C.B. : nombreux bacilles gran négatifs .

U.I.V. le 27.6.59 : persistance d'une grosse distention pyélocalicielle gauche . Opérée le 25.9.59 .

C.R.O. : libération progressive facile du rein . Néphrectomie .

Examen anatomo-pathologique : très volumineuse hydronéphrose dont la paroi très mince est faite d'une médullaire aplatie avec tube étiré et une corticale atrophique dont les glomérules sont scléreux .

Suites opératoires simples . Sortie le 6.10.1959 .

Observation n° F 12

Madame DES ... Emilienne , 52 ans , femme de ménage ,

Hospitalisée le 4.12.53 , pour des douleurs lombaires droites , à type de coliques néphrétiques .
Antécédents de crises identiques depuis 4 ans , assez fréquentes (tous les 8 jours depuis quelques mois) .

U.I.V. le 30.12.53 : rein gauche normal , à droite retard de sécrétion , distention pyélo-calicielle .

Examen clinique R.A.S. , T.A. 10/7,

U.P.R. le 25.11.53 : semble montrer un obstacle au niveau de la jonction P.U.

C.R.O. le 14.12.53 : très gros bassinet extra-rénal . L'uretère est étroit à la jonction P.U. . Technique de FOLEY , suture en catgut Collargolé n° o , sonde urétérale sortant par l'uretère.

S.P.O. : Pas d'antibiotiques , suites apyrétiques . Ablation de la sonde urétérale le 10 ème jour . Sortie de la malade le 21 ème jour .

Revue le 22.3.54 : ne souffre pas ; urines claires .

U.I.V. : disparition de la stase pyélo-calicielle . Bon résultat.

U.I.V. juin 63 : systématique car la malade n'a présenté aucun signe douloureux ou infectieux. Ectasie pyélique droite plus importante qu'en 1954 et ectasie calicielle modérée .

E.C.B. : urines : quelques bacilles gram négatif et entéroco-ques .

16.7.64 : urines troubles , rein droit palpable .

U.I.V. : découverte d'un calcul pyélique droit .

12.4.65 : ne souffre pas , mais petites hématuries .

U.I.V. : augmentation importante de volume du calcul pyélique droit sans modification du fonctionnement rénal .

Réhospitalisée le 29.4.65 : E.C.B : bacille gram négatif , urée 0,25 , T.A. 13/8 .

C.R.O. le 3.5.65 : reprise del'incision , petite ouverture pleu-rale qui est fermée aussitôt . Le rein a un assez bon aspect . Il y a une péripyélite et un bassinet épais . En dégageant la jonc-tion P.U. , on fait une brèche dans cette jonction . On enlève le calcul et on refait une plastie type FOLEY en utilisant un lambeau pyélique assez épais . Suture en catgut sur sonde de Cummings .

S.P.O. : Péni 3 M , Coli 3 M , Cortancyl 20 mg au 4 ème jour .

Ablation de la sonde au 21 ème jour .
Sortie de la malade le 23 ème jour , les suites ont été normales apyrétiques .

Analyse du calcul : Phosphate de C_a et phosphate amoniaco-magnésien .

Revue le 19.6.65 : va bien , urines limpides .

U.I.V. le 25.11.65 : bonne sécrétion dès la 6 ème minute , persistence d'une petite ectasie pyélique mais les fonds de calices sont bien arrondis . Passages urétéraux visibles .

Observation n° F 13

Mademoiselle LEV... Gilberte , 18 ans , caissière ,

Présente depuis l'âge de 5 à 6 ans , des douleurs du flanc et de la fosse iliaque gauche , sans irradiations , accompagnées de nausées et parfois de vomissements .

U.I.V. le 16.10.57 : images caliciellles en boules , gros bassinet mal imprégné , avec stase .

Hospitalisée dans le service le 13.11.57 : Examen clinique R.A.S. T.A. 11/8 , urée 0,30 , P.S.P. 60 % , E.C.B. : nombreux leucocytes , staphylocoque .

U.P.R. gauche le 14.11.57 : très grosse ectasie pyélo-calicielle avec sténose de la jonction P.U. .

C.R.O. le 14.11.57 : la jonction P.U. est extrèmement rétrécie , l'uretère , sur une distance de environ 2 cm est presque filiforme . Opération de FOLEY avec un vaste lambeau . Sonde de Cummings trans-rénale . Lame .

S.P.O. : pas d'antibiotiques ; suites apyrétiques , pyélographie par la sonde le 11 ème jour : passage facile .
Ablation de la sonde le 13 ème jour . Sortie de la malade le 15 ème jour en bon état général .

U.I.V. le 3.2.58 : amélioration morphologique , mais il persiste une stase encore importante .

U.I.V. le 6.10.58 : amélioration .

U.I.V. le 5.12.60 : sécrétion dès les premiers clichés . uretère visible , stase persistante , mais amélioration par rapport aux clichés pré-opératoires .

Cliniquement va bien ; s'est mariée .

Observation n° F 14

Monsieur MON... Paul , 51 ans ,

A 19 ans , blénnorragie . Depuis 36 ans , douleur de l'hypochondre droit , s'accompagnant de nausées , ayant entraîné des radiographies vésiculaires . Les douleurs sont en rapport avec les repas abondants . Elles n'irradient pas et n'ont pas de caractère très typique . Aucun trouble urinaire . Consulte le 9.9.1958 .

U.I.V. : montre à droite des images en boules des calices .

Urée 0,25 , T.A. 15/9 , U.P.R. impossible .

19.9.1958 : dilatation urétrale .

U.I.V. le 2.3.59 : grosse hydronéphrose droite bien visible sur les clichés à la quatrième heure .

E.C.B. : leucocytes , staphylocoque .

Hospitalisé le 19.3.1959 . Bon état général . R.A.S. à l'examen.

C.R.O. le 23.3.59 : résection de la 12 ème côte , le rein est volumineux : près de 15 cm de hauteur . La surface du parenchyme est parsemée de petites vésicules . On libère le bassinet qui est gros et bombant . Gros pédicule vasculaire anormal pôlaire inférieur croisant l'uretère et le coudant . La libération de l'uretère n'entraîne pas la vidange du bassinet . Il y a donc en plus , une sténose de l'uretère supérieur . Technique de FOLEY. Sonde de Cummings sortant par néphrostomie trans-rénale . Plicature du pôle inférieur à l'aide d'une lame de catgut large , qui forme un hamac sous-polaire .

S.P.O. : Péni 1 M , Strepto 1 g pendant 18 jours . Ablation de la sonde le 20 ème jour (elle était clampée depuis 8 jours). Sortie le 21 ème jour . Les suites ont été simples .

U.I.V. le 17.6.59 : amélioration fonctionnelle , mais stase persistante . Les fonds de calices sont moins bombés .

1965 : n'a jamais souffert depuis l'intervention , les urines sont claires mais le malade n'a pas fait pratiquer d'U.I.V. .

Observation n° F 15

Mademoiselle GER... Bernadette , 17 ans , étudiante ,

1950 , primo-infection , un an en préventorium , plus 6 mois d'aérium . Septembre 56 , appendicectomie . Juin 57 , tympanoplastie gauche .
Mars 58 , douleurs abdominales mal localisées . Aucun signe urinaire .
Juin 58 , les douleurs abdominales siègent au niveau du flanc gauche , sans périodicité , durant 5-10 minutes avec brûlures à la miction .
18 Juillet 58 , douleurs abdominales gauches à début brutal .
18 septembre 58 , hospitalisée à l'Hôtel Dieu (service du Docteur RUBENS-DUVAL) où l'on pose le diagnostic d'hydronéphrose.

Hospitalisée le 6.10.1958 dans le service .

U.I.V. du 8.9.58 : sécrétion normale bilatérale . A gauche , ectasie pyélique avec légère distention calicielle .

U.P.R. le 6.10.58 : montre un uretère filiforme au niveau de sa jonction pyélique .

T.A. 11/6 , urée 0,40 , E.C.B.: colibacilles .

C.R.O. le 10.10.58 : résection de la 12 ème côte , bassinet très volumineux , uretère étroit . FOLEY sur rein en place . Fermeture sans drainage laissant la partie supérieure de l'incision non suturée comme soupape . Une lame .

S.P.O. : Péni 1 M , Strepto 1 g pendant 12 jours .

Le 22.10.58 : écoulement important par la lame. On monte une sonde urétérale qui ne donne presque pas d'urines .

Le 29.10.58 : ablation de la sonde . Douleurs de la F.I.G. et ascension thermique à 39° .

Le 1.11.58 : hémoculture négative . Remise en place de la sonde . La température revient à la normale en 48 heures .

C.R.O. le 7.11.58 : lombotomie gauche à la face postérieure du rein : issued environ 30 cm3 de pus . L'uretère est très congestif et dilaté . La Dissection de la région P.U. semble trop dangereuse . Une lame de drainage .

Suites fébriles . Température vers 38° . Ablation de la lame le 6 ème jour . Remontée thermique le 17.11.58 . Montée d'une sonde urétérale qui obtient la chute thermique . Lavage par la sonde avec de la Soframycine .

Le 5.12.1958 C.R.O. : reprise de la lombotomie . La sonde urétérale est bien dans le bassinet ; la jonction P.U. est prise dans un bloc cicatriciel . Urétérotomie que l'on cathétérise par la sonde de Cummings qui va ressortir par une contre-incision de pyélotomie . L'uretère n'est pas suturé sur la sonde qui devra être laissée 6 semaines . Technique de DAVIS .

La malade sort le 24.12.1958 , apyrétique .

Séjour au Centre Hélio Climatique de LES EXCALES du 12.1.59 au 15.4.59 .

Concentration uréique des urines par la sonde de Cummings : 13 g/l le 10.3.59 .

Le 15.4.59 : ablation de la sonde . Résultat satisfaisant . Bon fonctionnement de l'uretère gauche .

U.I.V. le 4.4.1960 : morphologie pyélo-calicielle pratiquement normale à gauche avec bon passage urétéral .

Revue en 1963 : U.I.V. normale . E.C.B. urinaire : rares cali-bacilles . Ne souffre pas .

En fin de compte , bon résultat après des suites mouvementées.

Observation n° F 16

Madame VAN... Louise , 38 ans , employée des écoles ,

Jusqu'en 1955 , aucun antécédent urinaire , quatre grossesses normales , asthme depuis l' enfance .
1955 , crise douloureuse aigue du flanc gauche avec douleurs lombaires et nausées . Aucun signe urinaire , pas de fièvre .

Consulte pour la première fois dans le service en septembre 58 .

U.I.V. le 6.9.58 : bonne sécrétion bilatérale , ectasie pyélo-calicielle gauche importante mais avec passage urétéral visible.

Hospitalisée le 15.9.58 dans le service .

Cystoscopie normale .

U.P.R. le 19.9.58 gauche : confirme l'hydronéphrose gauche avec image de siphon de la jonction urétérale .

L'examen clinique est normal . Urée 0,40 , T.A. 12/8 . E.C.B. : bacilles gram négatif .

C.R.O. le 26.9.58 : résection de la 12 ème côte , le rein gauche est un peu cyanosé , le bassinet distendu , tombant en besace sur l'uretère . Celui-ci dessine plusieurs courbes avant de s'implanter haut dans le bassinet . Uretère et bassinet sont ensérés dans une importante gaîne inflammatoire dont on les libère ; il n'y a pas de sténose . Plastie de FOLEY . Suture au catgut ooo . Pas de sonde .

S.P.O. : Transcycline pendant 4 jours puis Tétracycline . Suites opératoires simples et apyrétiques .

Sortie le 11.10.1958 .

De 1958 à 1965 , ne souffre pas .

U.I.V. le 4.2.1961 : montre la persistance d'une grosse ectasie pyélo-calicielle avec sécrétion retardée .

U.I.V. le 20.8K64 : grosse opacité rénale gauche , ne s'imprégnant presque pas .

Présente en 1965 , une crise douloureuse lombo-abdominale gauche avec fièvre à 40° , sans trouble urinaire .

Réhospitalisée dans le service le 30.5.65 : fosse lombaire gauche sensible / T.A. 11/6 .

Pyélographie le 9.2.65 : percutanée qui met en évidence une grosse dilatation pyélo-calicielle ne s'évacuant pas par l'uretère.

Dans les suites de cet examen , fièvre à 39° pendant trois jours.

Réopérée le 15.2.1965 : néphrectomie gauche pour énorme hydronéphrose .

Suites opératoires simples .

Sortie le 2.3.65 en bon état .

Examen anatomo-pathologique et photos de la pièce : macroscopiquement , la dissection da la jonction P.U. met en évidence un courbure en épingle à cheveux assez serrée de l'uretère , autour d'un pédicule vasculaire . Histologiquement , le parenchyme rénal est pratiquement entièrement détruit par le processus hydro-néphrotique .

Observation n° F 17

Madame LEB... Anne , 36 ans ,

Début des troubles en 56 , par des douleurs du flanc gauche et de l'hypochondre gauche pendant 2-3 jours .
De 56 à 59 , une de ces crises , accompagnée de fièvre , entraîne l'hospitalisation dans le service du Docteur AZERAD .

E.C.B. : pus riche en colibacilles et staphylocoques .

Hospitalisée dans le service le 1.12.1959 .
Examen clinique : gros foie (aveu d'intempérance) , T.A.10/7 , R.A.S. d'autre .

L'U.I.V. montre une hydronéphrose gauche .

U.P.R. le 27.11.1959 : confirme le diagnostic .

C.R.O. le 4.12.1959 : libération de l'uretère et de la jonction P.U. . L'uretère forme une courbe immédiatement au dessous du bassinet . La jonction est couverte par des adhérences . L'orifice lui-même est très étroit . Le bassinet est distendu , le rein d'apparence normale . Opération de FOLEY , sur sonde de Cummings sortant par le bassinet .

S.P.O. : Coli 3 M , pendant 8 jours . Ablation de la sonde le 10 ème jour après des suites apyrétiques et simples .
Sortie le 16 ème jour .

Revue le 20.5.60 : ne souffre pas . U.I.V. : bonne sécrétion bilatérale et bonne évacuation .

Observation n° F 18

Monsieur NET ... Michel , 22 ans , étudiant .

Juin 1960 , crise douloureuse lombaire gauche , localisée pendant 15 jours , déclenchée par la station assise prolongée , cédant au décubitus .
14.6.60 , hématurie totale isolée .
Antécédents : une crise douloureuse analogue , il y a deux ans .

Hospitalisé le 7.7.60 . Fosse lombaire gauche sensible avec peut-être contact lombaire .

U.I.V. du 20.6.60 : gros retard à l'opacification du rein gauche qui présente une énorme distention pyélo-calicielle bien visible sur les clichés à 1 heure 30 .

T.A. 11/7 , urée 0,30 , E.C.B : staphylocoque .

C.R.O. le 8.7.60 : résection de la 12 ème côte . Grand bassinet flasque qu'on incise . Le petit explorateur à boule accroche au niveau de la jonction P.U. . Opération de FOLEY . Suture au catgut sur sonde de Cummings qui sort par la partie haute du bassinet .

S.P.O. : Péni 1M , Strepto 1 g . Pyélographie par la sonde le 21.7.60 : bon passage urétéral . Ablation de la sonde le 15 ème jour . Sortie le 18 ème jour . Les suites ont été simples , apyrétiques .

Le 23.3.61 : urines troubles . Traitement antibiotique : Furadoïne .

Le 8.7.61 : pesanteur lombaire gauche , fatigue , urines limpides .

A l'U.I.V. : grosse ectasie pyélo-calicielle comparable à l'image pré-opératoire mais la sécrétion semble quand même meilleure.

Réhospitalisé le 15.11.61 . Urée 0,25 , T.A. 12/7 , E.C.B. : staphylocoque sensible à la Tifomycine .

C.R.O. le 16.11.61 : reprise d'hydronéphrose gauche . Stase persistante . Dégagement de l'uretère et du bassinet qui est flasque du tissu fibreux qui les recouvre . Pyélotomie . Il n'y a pas de rétrécissement P.U. , mais l'explorateur à boule assez grosse accroche un peu . On fait une petite myotomie , mais elle amène une petite perforation de la muqueuse . Hémorragie d'une veine rétro-pyélique lors de la libération du bassinet . Résection pyélique pour réduction . On ne peut passer une sonde de Cummings car le dernier segment ne passe pas . Transfixion rénale pour la sonde (saignement veineux arrêté par le passage de la sonde) . On coupe le prolongement de cette sonde ; on fait passer à côté une grosse sonde urétérale enfoncée sur 30 cm , sortant par le bassinet . La sonde de néphrostomie est ouverte , la sonde de Cummings fermée .

S.P.O. : Péni 1 M , Strepto 1 g puis Furadoïne . Suites bonnes , apyrétiques . Sortie le 10.12.61 . La sonde urétérale a été enlevée .

Revient le 18.12.61 pour accès fébrile à 39° . Traitement : Tifomycine .

Sortie le 23.12.61 , apyrétique .

Réhospitalisé le 10.1.62 . Pyélographie par la sonde de néphrostomie que le malade a depuis sa deuxième intervention . Bon passage .

Le 25.1.62 , ablation de la sonde . Sortie le 29.1.62 .

26.9.62 : revu en consultation . Urines limpides , ne souffre pas , pas de fièvre , belle cicatrice .

U.I.V. : bon fonctionnement , l'uretère est bien visible . Il persiste encore un peu de stase .

28.9.63 : urines limpides . U.I.V. : bon fonctionnement rénal , en particulier les calices inférieurs ont une morphologie normale . Petit rétrécissement sous la jonction P.U. , mais l'uretère est bien visible au dessous où il redevient plus large .

Observation n° F 19

Monsieur PER... Robert , 31 ans , employé P.T.T.

Mars 1959 , U.I.V. à l'occasion d'une prostatite : découverte d'une hydronéphrose droite : ectasie pyélique notable mais calicielle modérée . Bonne sécrétion rénale . A gauche , duplicité rénale .

Septembre 59 , contrôle U.I.V. inchangé . Ne souffre pas . On conseille au malade de revenir dans un an .

21.11.60 : urines limpides , aucune symptomatologie clinique , U.I.V. inchangée .

12.1.61 U.P.R. : ne met pas en évidence d'obstacle net sur l'uretère .

25.8.61 : hospitalisé à Saint-Antoine pour colique néphrétique droite qui cède rapidement , mais persiste une infection urinaire.

Hospitalisé à Cochin le 11.9.61 : E.C.B. : rares leucocytes , culture:staphylocoque , urée 0,40 .

C.R.O. le 19.9.61 : dilatation pyélique , rétrécissement net de la jonction P.U. . Technique de FOLEY , sonde de Cummings sortant par le haut du bassinet .

S.P.O. : Péni 1 M , Strepto 1 g . Pyélographie par la sonde le 13 ème jour . Bon passage urétéral . Ablation de la sonde le 15 ème jour . Sortie le 18 ème jour . Les suites ont été normales apyrétiques .

Revu le 28.2.62 : va bien , ne souffre pas , urines limpides , stériles .

U.I.V. : bon fonctionnement rénal avec quand même un peu de stase à droite .

Le 5.6.63 : urines limpides , stériles , aucune douleur .

U.I.V. : image identique .

Observation n° F 20

Monsieur VON... René , 34 ans , gardien de la Paix .

Hospitalisé dans le service le 19.7.61 (passé de la Maison de Santé des Gardiens de la Paix avec une néphrostomie bilatérale). En effet , le 18.6.61 , a été pratiquée une néphrostomie droite pour une hydronéphrose . Dans les suites opératoires , l'urée descend à 0,75 g/l le 8 ème jour , puis remonte à 2,20 le 3.7.61 .

Le 5.7.61 , néphrostomie gauche sur une énorme hydro-pylonéphrose. L'urée reste aux alentours de 2 gr jusqu'à son entrée dans le service .

Examen bactériologique des urines : rein droit , staphylocoque , à gauche aussi . Urée 1,30 , T.A. 15/9 . Traitement par perfusion de Pénicilline 20 M , Strepto 0,50 g . L'urée descend progressivement à 0,80 g le 29.7.61 . L'examen d'urines confiées à l'Institut Pasteur montre un staphylocoque pathogène sensible à la Kanamycine et Novobiocyne - Protéus - pyocyanique sensible à la Colimycine .

C.R.O. le 25.9.61 : résection de la 12 ème cote gauche . Abord de l'uretère qu'on suit vers le haut . Il s'enfonce et forme une anse collée au rein et au bassinet . Importante péri-pyélite . Plastie de FOLEY . Une sonde urétérale est introduite sur 10 cm et une sonde de Pezzer passée par l'orifice de néphrostomie .

S.P.O. : 38° pendant 48 heures puis apyrexie .

Le 10.10.61 : pyélographie par la sonde gauche . Ablation de la sonde urétérale .

Le 18.10.61 : nouvelle pyélographie montrant un bon passage urétéral .

C.R.O. le 19.10.61 : pyéloplastie droite : résection de la 12 ème côte droite , dégagement du bassinet . L'uretère est de calibre normal , la jonction P.U. n'est pas rétrécie mais tirebouchonnée . Plastie de FOLEY pour raccourcir la zone tirebouchonnée . Sonde urétérale de drainage plus sonde de néphrostomie par le même orifice .

S.P.O. : 38° pendant une dizaine de jours .

Le 30.10.61 : ablation de la sonde gauche . Urine normalement
Le 16.11.61 : ablation de la sonde droite . et le pansement reste sec . Sortie le 19.11.61 .

Revu le 3.1.62 : urée 0,75 , T.A. 12/6 , Reprise de travail le 20.5.62 (assis) .

Le 25.7.62 : très bon état général .

Le 15.12.62 : urée 0,50 , U.I.V. : stase bilatérale . P.S.P.35%. Cléarance de l'urée 35 cm3 .

Le 22.2.66 : hospitalisé dans le service d'urologie de Nice pour insuffisance rénale : urée 2 g 90 . Cathétérisme urétéral bilatéral ramène une rétention pyélique claire . L'urée passe à 2 gr 60 .
Le Docteur ROMETTI de Nice doit nous renvoyer le malade .

Observation n° F 21

Madame VIL ... Consuela , 18 ans , femme de ménage espagnole.

13.4.61 : fièvre à 39° , oscillante , suivie d'une crise douloureuse violente et brutale de la fosse iliaque gauche avec urines rougeâtres .

Hospitalisée à Marmottan 4 jours .
17 et 21.5.62 , nouvelle crise avec fièvre à 39° .

U.I.V. le 3.5.62 : image en boules du rein gauche . Evacuation très lente .
Hospitalisée le 9.5.62 .

U.P.R. gauche le 14.5.62 : montre une grosse distention pyélocalicielle avec rétrécissement de la jonction P.U.
T.A. 12/6 , urée 0,30 , P.S.P. 60 % , E.C.B. : bacilles gram négatif et entérocoque .

C.R.O. le 24.5.62 : petit rein mou , gros bassinet , sténose de la jonction P.U. . Technique de FOLEY , drainage par sonde de Cummings .

S.P.O. : 39° , le lendemain de l'intervention , pendant 4 jours. Hémorragie par la plaie opératoire . Transfusions .

Le 30.5.62 , pyélographie gauche d'urgence , montre que la sonde est sortie du rein .

C.R.O. 30.5.62 : débridement partiel de la plaie opératoire . Le bord externe du rein est entouré de tissu sphacéliques et de caillots noirâtres . Mise en place d'une sonde de Pezzer par l'orifice créé lors de la première intervention . Issue de caillots noirâtres ; Traitement : Flabelline , Colimycine , Pénicilline .

Le 31.5.62 : 40° , douleur intense lombaire gauche . Etat général très altéré .

C.R.O. : lombotomie repassant par la cicatrice . Résection de la 12 ème cote . Le rein est très gros , distendu par un énorme caillot . Plusieurs anthrax au niveau de la corticale . Néphrectomie . Le lendemain , la température revient à la normale . Ablation du drain le 5 ème jour ; de la lame le 8 ème . Arrêt des antibiotiques le 12 ème jour . Apyrexie persistant jusqu'à la sortie le 20 ème jour (le 29.6.62) , en bon état général .

Examen anatomo-pathologique de la pièce de néphrectomie : rein presque entièrement détruit par de nombreux foyers de nécrose ischémique suppurés avec micro-abcès disséminés dans le parenchyme relativement conservé .

Observation n° F 22

Monsieur GIO... Paul , 38 ans .

1962 , crise douloureuse de la fosse iliaque droite qui se répète tous les deux mois , puis tous les mois . La douleur est localisée , n'irradie pas , dure parfois jusqu'à 12 heures . Aucun trouble urinaire .

Mai 1963 , l'U.I.V. montre à droite une imprégnation très lente du système pyélo-caliciel qui est très distendu .

Octobre 1963 , image analogue particulièrement visible sur les clichés après 5 heures 30 .

Hospitalisé le 7.11.1963 . Ne souffre pas . T.A. 13/8 , urée0,40 E.C.B. : staphylocoque sensible à tous les antibiotiques .

C.R.O. le 15.11.63 : résection de la 12 ème côte , volumineuse artère polaire inférieure qui croise l'uretère au dessous de la jonction . Plicature fibreuse du tiers inférieur du bassinet . Libération de cette plicature . Opération de FOLEY . Drainage par sonde de Cummings .

S.P.O. : Péni 3 M , Strepto 1 g ,Terramycine 1,50 pendant 12 jours puis Furadoïne et Mandélamine .
Pyélographie par la sonde le 14 ème jour . Bon passage urétéral . Ablation de la sonde le 15 ème jour . Sortie le 18 ème jour après des suites simples .

Examen anatomo-pathologique : au niveau du bassinet , épithélium normal qui repose sur un chorion contenant de rares éléments inflammatoires lymphocytaires . La musculeuse est hyperplasique . Au niveau de la jonction P.U. même aspect avec des lésions dégénératives des fibres musculaires lisses .

Revu le 30.1.64 : va très bien .

U.I.V. le 5.2.64 : bonne sécrétion dès la 6 ème minute . Les fonds de calices se sont arrondis et affinés . L'évacuation se fait avec un peu de retard .

Observation n° F 23

GER... Marie-France , 11 ans ,

En août 61 , crise douloureuse lombaire et iliaque droite , à début brutal . Pollakiurie . La crise dure 2 jours . Septembre 61 , nouvelle crise atténuée .

Novembre 61 , U.I.V. : montre une ectasie pyélo-caliciellc droite . Les fonds de calices sont horizontaux . Abouchement haut de l'uretère . Solution de continuité au niveau de la jonction P.U.

Hospitalisée le 12.1.62 : T.A. 11,5/7 , R.A.S. à l'examen . E.C.B. : quelques entérocoques sensibles à la Furadoïne , urée 0,30 .

C.R.O. le 16.1.62 : le rein droit est flasque , son pôle inférieur semble plus altéré que le reste de la glande . Le parenchyme semble suffisament épais pour justifier une intervention conservatrice . Le bassinet est grand mais n'est pas sous tension . Il existe une sténose de la jonction P.U. sur une longueur de 2 mm . Technique de FOLEY sur sonde de Cummings sortant par le calice inférieur . Suture en catgut oo étanche .

S.P.O. : Péni 1 M , Strepto 0,50 , 6 jours puis Térramycine 0,75 Suites opératoires normales . Ablation de la sonde le 15 ème jour . Sortie le 17 ème jour .

Revue le 6.6.63 : va très bien , U.I.V. normale , E.C.B. : pas de germe .

Le 6.7.64 : résultat fonctionnel remarquable . Ne souffre plus, a grandi et grossi . Jonction P.U. largement favorable , mais petite stase de l'uretère pelvien droit .

Observation n° F 24

Madame PIN... Anne-Marie , 40 ans , infirmière .

Juin 1959 : douleurs lombaires droites , violentes , 40° , urines troubles . Brûlures à la miction .

E.C.B. : colibacilles sensibles à la Furadoïne . Celle-ci guérit la crise en 10 jours .

En juin 62 , nouvel épisode identique .

Janvier 63 , nouvelle crise de pyélonéphrite .

Avril 63 , de même . Endolorissement lombaire droit permanent .

U.I.V. 1959 : ectasie pyélique droite sans grande distention caliciellc .

U.I.V. 1962 : images identiques .

U.I.V. 1963 : dilatation hypotonique du bassinet , mais les fonds de calices restent fins .

Hospitalisée le 2.5.63 .

U.P.R. : dilatation pyélo-calicielle droite modérée . On décide une pyélo-plastie .

C.R.O. le 7.5.63 : hydronéphrose droite , le bassinet est moins distendu que ne le montrait la radiographie . Le cathétérisme de la jonction P.U. montre qu'elle est perméable . Opération de FOLEY avec sonde de Cummings .

S.P.O. : Coli 3 M , Tifo 1g50 pendant 9 jours . Pyélographie par la sonde au 18 ème jour . Passage normal , ablation de la sonde le 14 ème jour .
Sortie le 18 ème jour (25.5.1963) .

Revue le 8.7.63 : présente encore des douleurs lombo-sacrées .

E.C.B. : nombreux bacilles gram négatif .

En 1964 , on pratique 4 lavages du bassinet avec une solution d'oxy-cyanure de mercure (après avoir monté une sonde urétérale) en consultation .

16.2.66 : n'a plus eu depuis que des crises minimes .

U.I.V. : bonne sécrétion à la 6 ème minute . Dilatation pyélique comparable à l'image pré-opératoire . Bonne vidange .

Remarque : actuellement , une telle malade n'aurait pas été opérée .

Observation n° F 25

Monsieur CHA... Jean , 39 ans , Manoeuvre .

Juillet 62 , colique néphrétique droite . Vomissements , 38° .
Une appendicectomie est pratiquée .
Septembre 62 , crise identique .
5.2.63 : troisième crise de colique néphrétique . Hospitalisé dans le service du Professeur JUSTIN-BESANCON .

Antécédents : ictère en 1953 , amygdalectomie en 1961 .

Passé dans le service le 25.2.63 . Examen clinique R.A.S. en dehors d'un pityriasis versicolor . Urée 0,35 , T.A. 13/8 , E.C.B.: bacilles gram négatif et entérocoque .

U.I.V. le 20.2.63 : sécrétion retardée à droite . Grosse ectasie pyélocalicielle , avec évacuation retardée .

C.R.O. le 4.3.63 : 1°) U.P.R. droite : vessie normale , uretère normal , rétrécissement de la jonction P.U. .

2°) résection de la 12 ème cote . Abord de l'uretère puis du bassinet,qui est assez volumineux et sous tension . Taille d'un lambeau en Y sur la jonction P.U. qui est souple . Technique de FOLEY (catgut ooo) . Sonde de Cummings sortant par contre incision pyélique , ouverte dans un flacon stérile .

S.P.O. : Péni 3 M , Coli 3 M , pendant 8 jours puis Furadoïne. Pyélographie par la sonde le 11 ème jour : passage normal . Ablation de la sonde le 15 ème jour .
Le 21.3.63 : orchite droite . Traitement ; Cortancyl , Propidon. Sortie le 4.4.63 .

Revu le 25.5.63 : avec brûlure à la miction et pyurie importante à bacilles gram négatifs sensibles à la Kanamycine .

U.I.V. : comparable aux clichés pré opératoires .

Le 6.6.63 : admis 3 jours , montée d'une sonde urétérale droite.

Revu le 20.7.63 : va mieux mais urines encore louches . Douleur rénale droite ; traitement : Furadoïne et Nibiol .

Le 24.1.64 : L'U.I.V. montre une grosse distention pyélo-caliciolle avec retard d'évacuation . Traitement : Kanamycine puis Furadoïne puis Nibiol .

Le 28.11.64 : urines louches , ne souffre pas .

Le 27.3.65 : souffre par moments . U.I.V. identique . E.C.B. : protéus rettgeri isolé par l'Institut Pasteur . Traitement par auto-vaccin .

Le 15.1.66 : douleur lombaire gauche aux efforts . N'a pas mal à droite . E.C.B. : pyurie à bacilles gram négatif résistants . U.I.V. : calices injectés dès la 5 ème minute , mais grosse ectasie pyélo-caliciolle persistante .

Au total : mauvais résultat mais l'indication de conservation rénale a été peut-être optimiste .

Observation n° F 26

Monsieur COR... François , 34 ans , Marin .

Douleurs de la cuisse droite en 1955 . En novembre 1960 , pesanteur lombaire bilatérale prédominant à droite avec endolorissement du rachis sacro-lombaire . Des radiographies mettent en évidence une lombarthrose et un début de coxarthrose . Traitement par les Corticoïdes .

Hospitalisé au pavillon Ollier pour sa coxarthrose . Il est passé dans le service pour une hydronéphrose .

U.I.V. : ectasie calicielle gauche modérée , accompagnant une ectasie pyélique peu importante . Sécrétion normale . Cystoscopie normale .

U.P.R. le 6.3.61 : petite hydronéphrose gauche par sténose de la jonction P.U. .

Urée 0,25 , T.A. 12/7 , E.C.B. : culture négative .

C.R.O. le 23.3.1961 : L'uretère est repéré par le bassinet qui est dilaté et flasque . Technique de FOLEY . L'uretère est de faible calibre sur une certaine longueur et on a du mal à introduire la partie urétérale de la sonde de Cummings . On la remplace par une sonde urétérale banale qui sort par la lumière d'une sonde de Pezzer .

S.P.O. : Péni 1 M , Strepto 1 g , puis Kanamycine . Apyrexie . Clampage de la sonde le 12 ème jour , puis ablation le 18 ème . Sortie du malade le 25 ème jour .

A repris son travail de marin de commerce qu'il a du interrompre pour subir une ostéotomie pour sa coxarthrose qui l'a soulagé de ses douleurs .

Aucun troubles urinaires depuis l'intervention . Urines stériles.

Observation n° F 27

Madame ABD... Clélie , 36 ans ,

Adréssée de la Guadeloupe pour hématurie isolée .

Antécédents ; paludisme , phlébite et embolie pulmonaire lors de son deuxième accouchement . Une hématurie en 1964 , puis aucun signe jusqu'en juillet 1964 : hématurie totale avec légère douleur lombaire non systématisée .

U.I.V. le 2.7.64 : sécrétion normale des deux côtés , retard d'évacuation à droite .

Hospitalisée le 24.9.1964 . E.C.B. : culture:bacilles gram négatif .

C.R.O. le 29.9.1964 : résection de la 12 ème côte . Rein mobile dont le parenchyme semble valable , bassinet flasque pas très important . La jonction urétérale est d'allure sensiblement normale . On pratique néanmoins une pyélo-plastie type FOLEY sur sonde de Cummings au catgut o . Pas de résection du bassinet , qui est extra-rénal presque en sa totalité . Lame .

S.P.O. : Péni 3 M , Colimycine 2 M , pendant 9 jours , puis Furadoïne 6 comprimés . Suites apyrétiques , pyélographie par la sonde (qui a été bouchée d'emblée) le 11 ème jour . Passages normaux . Ablation de la sonde le 15 ème jour . Sortie le 16.7.64 (17 ème jour) .

Revue le 6.7.65 : U.I.V:la dilatation pyélique a régressé , l'uretère est bien opacifié dans son tiers supérieur .

30.9.65 : ne souffre pas . Urines stériles .

Observation n° F 28

Monsieur VIN... Jacques , 32 ans , employé R.A.T.P. .

Août 59 , douleurs lombo-iliaques gauches , devenant intenses pendant 2 à 3 heures , accompagnées de vomissements . Novembre 59 , même crise mais atténuée . Janvier 60 , autre crise plus violente encore , calmée par la Morphine . Les urines ont toujours été claires . Aucun antécédent notable .

Hospitalisé dans le service le 18.2.60 : examen clinique normal. T.A. 12/7 , urée 0,35 .

U.I.V. : retard à l'excrétion à gauche . Ectasie pyélo-calicielle .

U.P.R. le 9.2.60 : montre une sténose de la jonction P.U. et une grosse distention pyélique . Mais les fonds de calices sont relativement peu distendus .

C.R.O. le 22.2.60 : résection de la 12 ème côte ; dissection du bassinet qui présente un rétrécissement net au niveau de la jonction urétérale . Technique de FOLEY sur sonde de Cummings fermée .

S.P.O. : Péni 1 M , Coli 1 M , Erythro 1 g 50 pendant 15 jours. Ablation de la sonde le 15 ème jour . Les suites ont été simples apyrétiques . Sortie du malade le 23 ème jour en excellent état .

Revu en 1965 : ne souffre pas , urines limpides .

U.I.V. : légère stase persistante .

Observation n° F 29

Monsieur BUR... Louis , 38 ans ,

28.8.58 , crise de colique néphrétique droite . Aucun antécédent avant .
Urée 0,35 . U.I.V. : images en boules calicielles droites nombreuses .

U.P.R. le 12.9.58 : grosse hydronéphrose droite avec rétrécissement de la jonction P.U. .

Hospitalisé dans le service le 5.9.58 , examen clinique normal. E.C.B. : culture , bacille gram négatif et streptocoque .

C.R.O. le 21.10.58 : sujet gras ; le bassinet est modérément dilaté . Le premier cm de l'uretère est très grêle . Technique de FOLEY , sans drainage des voies urinaires : on laisse l'incision supérieure assez largement ouverte .

S.P.O. : Péni 1 M , Strepto 1 g . Suites simples jusqu'au 9.11.58 . Les urines sont troubles . E.C.B. : bacilles gram négatif à la culture .

12.11.58 : 39° , point de côté thoracique : embolie pulmonaire.

Traitement anti-coagulant .

Le malade sort le 4.12.58 , en bon état .

Revu en Février 59 : U.I.V. : montre une stase persistante à droite .

Revu en mai 63 : l' U.I.V. montre une bonne sécrétion des deux côtés ; ectasie pyélo-calicielle encore importante . Ne souffre pas . E.C.B. : bacille gram négatif .

Observation n° F 30

Monsieur DJA ... Ahmed , 22 ans , manoeuvre .

Consulte pour un varicocèle gauche entraînant des douleurs scrotales .

U.I.V. systématique le 1.2.53 : image en boules des calices droits + distention du bassinet .

Cystoscopie le 4.2.53 : normale .

U.P.R. : elle montre une grosse ectasie pyélo-calicielle droite.

Examen clinique normal en dehors du varicocèle et d'un antécédent de syphilis . T.A. 10,5/6 . Hospitalisé dans le service le 7.2.53 . E.C.B. : normal .

C.R.O. le 10.2.53 : 1°) traitement du varicocèle par technique de MARION .

2°) lombotomie droite . Gros pédicule vasculaire polaire inférieur ne coudant pas l'uretère . Incision pyélique . Petite tumeur comme un grain de blé sur la muqueuse pyélique . On l'excise puis opération de FOLLY sur sonde urétérale n° 14 trans-rénale .

S.P.O. : péni 1M . Les suites opératoires ont été simples . Ablation de la sonde le 14 ème jour . Sortie le 21 ème jour en bon état .

Revu le 26.10.54 : présente encore quelques douleurs scrotales gauches .

U.I.V. : stase calicielle persistante .

Est reparti en Algérie . On a eu des nouvelles en Juillet 59 , sans précision clinique .

Observation n° F 31

Monsieur SER ... Jacques , 21 ans , typographe .

1957 , crise de colique néphrétique droite avec urines troubles, et troubles digestifs . Hospitalisé dans le service du Docteur AZERAD ; E.C.B. : staphylocoque .
U.I.V. : gros retard d'opacification du rein gauche qui présente une ectasie considérable avec distention pyélo-calicielle énorme . A droite , le bassinet est dilaté mais les fonds de calices sont normaux .

U.P.R. gauche : ne permet pas d'opacifier le rein .

En 58 , est ajourné par le conseil de révision . En janvier 60 , hospitalisé au Val de Grace en observation .

U.I.V. : rein gauche exclu , rein droit identique .

Hospitalisé dans le service le 25.4.60 .

C.R.O. le 7.5.60 : le rein est mou , le bassinet très important . Il existe des tractus fibreux bridant la jonction P.U. . On les libère . Technique de FOLEY sur sonde de Cummings .

S.P.O. : Péni 1 M , Strepto 1 g . Ablation de la sonde le 13 ème jour après des suites simples apyrétiques .

Quelques jours après sa sortie de l'hôpital , douleurs lombaires gauches très violentes, tous les 4 jours avec urines troubles .

U.I.V. le 17.9.60 : rein gauche pratiquement exclu .

U.P.R. le 4.10.60 : énorme hydronéphrose gauche . Obstacle à la jonction P.U. .

C.R.O. le 20.10.60 : le rein est énorme . Dissection d'un pédicule polaire inférieur lié à part lors de la néphrectomie .

S.P.O. : bonnes , sortie au 10 ème jour en bon état .

Revu en Avril 65 : état général excellent . U.I.V. : excellent fonctionnement du rein droit .

Observation n° F 32

Madame RAT... Raymonde , 30 ans , couturière .

Janvier 52 , douleur lombaire droite , 38° , pyurie .

U.I.V. pratiquée alors montre une hydronéphrose droite . Cure à LAPRESTE .

Février 53 , la malade , enceinte de deux mois et demi , subit une néphropexie droite . Est améliorée jusqu'à son accouchement. Dans les suites , plusieurs poussées de pyélonéphrite .

Hospitalisée dans le service le 5.7.54 .

U.I.V. : ectasie modérée pyélique bilatérale et calicielle droite .

Examen clinique R.A.S. ; T.A. 10,5/5 , examen C.B.: colibacille

C.R.O. le 6.7.54 : rein très adhérant , libération du bassinet et de l'uretère . Il existe une sténose urétérale longue de 5 à 8 cm immédiatement au dessous de la jonction P.U. Technique de FOLEY , sur sonde urétérale n° 22 , tuteur .

Suites simples apyrétiques sans antibiotiques . Ablation de la sonde le 15 ème jour . Sortie le 20 ème .

A été revue régulièrement depuis .

U.I.V. le 11.6.59 : morphologie pyélo-calicielle pratiquement normale avec sécrétion symétrique .

U.I.V. le 28.9.62 : persistance du bon résultat morphologique et clinique .

Observation n° F 33

Monsieur PAL... Julien , 43 ans , agent de police .

Orchite droite en 40 . De 45 à 55 , douleur abdominale sus-pubienne droite et douleurs lombaires paroxystiques .

Hospitalisé dans le service le 16.5.55 . Examen à l'entrée . R.A.S. , T.A. 13/7 .

U.IVV. le 18.5.55 : petite ectasie pyélique bilatérale mais très modérée . Les fonds de calices sont normaux .

U.P.R. le 20.5.55 bilatérale : ectasie pyélique gauche avec rétrécissement de la jonction P.U.

E.C.B. : enterocoque .

C.R.O. le 25.5.55 : le bassinet est moyennement dilaté ; le rétrécissement urétéral est nettement vu et peu étendu . Plastie de FOLEY sur grosse sonde urétérale avec néphrostomie de décharge .

S.P.O. : Péni 1 M , Strepto 1 g , pendant 13 jours , puis Térramycine . Episode fébrile du 5 ème au 8 ème jour : 39°5 , écoulement sanglant par la sonde . Ablation de la sonde de néphrostomie le 12 ème jour . Apyrexie . Sortie du malade le 14 ème jour , en bon état .

1947
Le... un an après : ne souffre pas , U.I.V. normale .

Observation n° F 34

Madame BEC... Rose , 52 ans .

Hospitalisée le 14.10.57 ; pour hydronéphrose droite .

En 56 , cystite .

U.I.V. : image en boule calicielle droite avec ectasie pyélique importante et ptose rénale droite .

Depuis , cystite chronique .

Examen à l'entrée : ballotement rénal droit et contact lombaire. Urée 0,30 , E.C.B. culture ; staphylocoque .

C.R.O. le 15.10.57 : ponction du bassinet au manomètre de Claude. La tension est d'environ 3 cm d'eau . La jonction P.U. est enveloppée d'un feutrage conjonctif . On la libère . Il existe une sténose qui siège 2 cm sous la jonction P.U. Opération de FOLEY sonde de Cummings trans-rénale .

S.P.O. : Péni 1M , Strepto 1 g pendant 6 jours . Suites simples apyrétiques . Pyélographie le 10 ème jour . Ablation de la sonde le 14 ème jour . Sortie de la malade le 15 ème jour .

Revue en 1965 : va bien .

Observation n° F 35

Monsieur BON ... Ferdinand , 45 ans ,

Long passé d'amibiase chronique . Urétrite chronique depuis 34 . 1947 , épisode de pyélonéphrite avec douleur lombaire gauche . L'examen d'urines révèle la présence d'amibes . On aurait parlé d'abcès amibien du rein .
1952 : accès fébrile avec lombalgie .

U.I.V. : découvre une hydronéphrose gauche modérée .

U.I.V. septembre 56 :bonne sécrétion bilatérale , distention pyélique gauche sans gros retentissement caliciel .

U.P.R. 11.10.56 : montre le même aspect .

Hospitalisé dans le service le 30.10.56 . Examen : fosse lombaire indolore . Urines troubles mais , pas de germe à l' E.C.B. . T.A. 11/7 . foie un peu gros .

C.R.O. le 2.11.56 : résection de la 12 ème côte , le rein est mobile , l'uretère s'insère haut sur la face interne du bassinet, on ne voit pas de sténose . Pyélotomie . L'explorateur à boule est arrêté au dessous du collet . Opération de FOLEY sur sonde de Pezzer et sonde urétérale , sortant l'une par la face antérieure du rein , l'autre par sa face postérieure,contre incision lombaire .

S.P.O. : Adiazine , 10 jours . Un épisode fébrile au 12 ème jour avec urines troubles . Pyélographie le 21 ème jour . Ablation de la sonde le 25 ème jour ; poussée fébrile dans les suites , qui oblige à remonter une sonde urétérale . Elle est laissée encore 6 jours puis enlevée sans ennuis . Sortie en bon état le 11.12.56 .

Est suivi régulièrement , chaque année , jusqu'en 60 , pour des épisodes de pyurie fébrile .

U.I.V. ; sécrétion satisfaisante mais avec un peu de stase à gauche .

Mars 61 : abcès prostatique avec fistule anale .

Septembre 61 : hospitalisé à VILLEJUIF à la suite d'un syndrôme fébrile douloureux lombaire , nécessitant la montée d'une sonde urétérale .

Hospitalisé à Claude Bernard le 12.11.61 , pour épisode fébrile.

Réhospitalisé dans le service le 27.11.61 : fosse lombaire souple , indolore . Noyau sur la queue de l'épidydine gauche .

Non revu depuis .

Observation n° F 36

Madame TEX... Augustine , 51 ans .

Octobre 57 , crise douloureuse lombaire droite qui récidive 8 jours après . Le malade a été hospitalisé à RUEIL pendant 5 semaines . Les examens pratiqués montrent : deux calculs vésiculaires et une hydronéphrose droite avec distention pyélo-calicielle importante .

Division d'urines le 20.12.57 : à gauche , urée 14,2 g/l , pas de germe . A droite , pus (bacille gram négatif) , urée 6 g 50 /L . Traité par Rufol par cures discontinues .

En mars 58 , nouvelle douleur lombaire droite . Hospitalisation dans le service le 10.4.58 . Aucun antécédent supplémentaire notable . T.A. 11/6 , examen clinique R.A.S. .

U.I.V. le 12.4.58 : grosse ectasie pyélo-calicielle droite avec jonction P.U. rétrécie visible sur les clichés au bout d'une heure . Les calculs vésiculaires sont toujours là .

E.C.B. négatif , urée 0,25 .

C.R.O. le 19.4.58 : résection de la 12 ème côte . Bassinet de grande taille flasque . Uretère normal . La jonction P.U. ne paraît pas extérieurement rétrécie . Gros pédicule vasculaire polaire inférieur qui ne croise pas la jonction P.U. mais lui détache une petite branche qui semble la comprimer légèrement . Ouverture du bassinet . L'uretère peut être cathétérisé de bout en bout par une sonde urétérale n° 22 . Les ondulations péristaltiques persistent , normales . Technique de FOLEY sur sonde de Cummings .

S.P.O. : Péni 1 M , Strepto 1 g . Suites simples , apyrétiques. Ablation de la sonde le 15 ème jour après pyélographie de contrôle . Sortie le 21 ème jour .

Va bien pendant quelques mois . Août 59 , crise de cystite traitée par Furadoïne . Hospitalisée le 25.11.59 : souffre constamment de la fosse lombaire droite . Urée 0,30 , E.C.B. : pyurie , bacille gr - négatif . Radiographie vésiculaire montrant toujours le calcul mais l'évacuation vésiculaire est normale . Sortie le 12.12.59 .

Revue le 11.6.63 : ne souffre pas , urines limpides ,

U.I.V. le 13.9.63 : amélioration morphologique pyélo-calicielle droite , bonne sécrétion , uretère visible .

Revue le 9.10.63 : fait de temps en temps des épisodes de cystite calmés par la Furadoïne .

Observation n° F 37

Madame MOU... Madeleine , 31 ans , gens de maison .

Décembre 57 , début des troubles par une crise de pyélonéphrite gauche : douleur lombaire gauche , 39° , pyurie : antibiotiques. Janvier 58 , Mars 58 , nouvelles poussées identiques.

U.I.V. 17.1.58 : gros retard de sécrétion gauche , sur les clichés tardifs , hydronéphrose avec grosse distention pyélo-calicielle .

U.P.R. le 19.4.58 gauche : confirme la grosse hydronéphrose gauche , avec rétrécissement de la jonction P.U. .

Hospitalisée dans le service le 5.5.58 . Examen clinique R.A.S. T.A. 15/9 , E.C.B. : culture négative .

C.R.O. le 7.5.58 : résection de la 11 ème côte . Rein mou , d'aspect atrophique , ficelé . Bassinet flasque . Pédicule polaire inférieur de calibre appréciable . La jonction P.U. est de petit calibre mais souple . Plastie de FOLEY sur sonde de Cummings .

Pas d'antibiotiques . Suites simples . Pyélographie le 14 ème jour . Ablation de la sonde le 21 ème jour .

Sortie le 31 ème jour .

15.11.61 : quelques douleurs lombaires droites , pas de cystite

U.I.V. le 29.11.61 : bonne sécrétion bilatérale . Ectasie et stase persistantes gauches .

E.C.B. : nombreux bacilles gram négatif .

Traitement : Sulfamides .

Observation n° F 38

Monsieur WAN... Michel , 15 ans .

Douleur lombaire gauche , apparaissant en décembre 64, en particulier aux efforts , accompagnée de nausées . Aucun signe urinaire .

U.I.V. le 23.3.65 : hydronéphrose gauche avec gros bassinet atone se moulant sur le psoas .

E.C.B. : colibacilles .

Hospitalisé dans le service le 4.5.65 . On trouve dans les antécédents , une appendicectomie en 61 . L'examen clinique est normal . T.A. 11/7 , E.C.B. : bacilles gram négatif sensibles à la Kanamycine et au Négram .

C.R.O. le 6.5.65 : le bassinet est dilaté et flasque , la partie supérieure de l'uretère est entourée d'une grosse veine que l'on dégage peu à peu . Technique de FOLEY sur sonde de Cummings ressortant par contre-incision pyélique .

Examen anatomo-pathologique du bassinet : les parois sont épaissies par une sclérose assez oedémateuse au niveau du chorion , plus dense en profondeur où elle mutile la musculeuse .

S.P.O. : Péni 3 M , Coli 3 M , Cortancyl . Suites simples , apyrétiques . Ablation de la sonde le 17 ème jour . Sortie le 24 ème jour .

Réhospitalisé le 1.6.65 (le lendemain de sa sortie) avec un syndrôme infectieux : fièvre à 40° , vomissements ; l'hémoculture est négative ; l'E.C.B. met en évidence du pyocyanique . Traitement : Péni 3 M , Coli 3 M , puis Téramycine 500 mg I.V. .

Montée d'une sonde urétérale le 2.6.65 : le bassinet n'est pas sous tension . La fièvre cède au bout de 5 jours puis après un 2 ème clocher , revient à la normale après l'ablation de la sonde .

U.I.V. le 21.6.65 : bonne sécrétion bilatérale . La vidange du rein gauche est un peu lente mais la jonction P.U. est bien large et l'uretère bien injecté .

Sortie le 23.6.65 .

Observation n° F 39

Monsieur ARN... André , 16 ans .

Douleurs lombaires droites,découverte d'une albuminurie . E.C.B. : bacilles gram négatif , colibacilles , cystoscopie normale .

U.I.V. : hydronéphrose droite .

C.R.O. 1957 : l'exploration montre une jonction large et il ne semble pas exister de cause locale à l'hydronéphrose . Opération de FOLEY . Drainage par sonde de Cummings par le bassinet .

Suites opératoires simples , le malade n'a pas été revu depuis .

Observation n° F 40

Monsieur DAR... Jean-Jacques , 21 ans .

Colique néphrétique gauche . E.C.B. - culture : entérocoque .

C.R.O. Mars 1957 : pas de vaisseau anormal . Technique de FOLEY. Drainage par sonde de Cummings par le rein .

Suites opératoires simples .

Revu deux mois après pour un état fébrile avec pyurie qui cède à un traitement antibiotique .

Observation n° F 41

Monsieur DER... Louis , 45 ans .

Douleur lombaire droite . E.C.B. : pas de germe .

C.R.O. Novembre 1956 : il existe un rétrécissement de la jonction P.U. . Opération de FOLEY , drainage par sonde de Cummings par le bassinet .

1965 : a répondu au questionnaire . Ne présente plus aucune douleur depuis l'intervention . Urines stériles . L'U.I.V. n'a pas été faite .

Observation n° F 42

Monsieur ITZ... Jacob , 16 ans .

Douleurs lombaires droites .

C.R.O. 1951 : opération de FOLEY , drainage par sonde urétérale montée par la vessie .

Revu trois ans après : présente quelques douleurs à l'effort . U.I.V. satisfaisante. Les images caliciellos ont diminué d'un tiers .

Observation n° F 43

Monsieur LER ... , Jean-Claude , 25 ans .

Douleurs lombaires droites . E.C.B. : culture stérile .

C.R.O. 1958 : le bassinet est flasque . Opération de FOLEY avec résection d'une petite zone de bassinet pour drainer (pas de sonde) .

Suites opératoires : ne mouille le pansement , que pendant 6 jours .

Revu deux mois après : semble avoir un très bon résultat .

1965 : inconnu à l'adresse indiquée .

Observation n° F 44

Mademoiselle LOT ... Claude , 12 ans .

Crise douloureuse abdominale gauche . E.C.B. : R.A.S. .

C.R.O. 1956 : le bassinet est extra-rénal et très dilaté . Mais la jonction est facilement cathétérisée . Opération de FOLEY . Drainage par sonde de Cummings par le bassinet .

Fait la première année quelques épisodes de cystite à colibacille .

Revue 4 ans après , va très bien .

Observation n° F 45

Monsieur YVO... André , 44 ans .

Douleurs lombaires gauches .

U.I.V. : hydronéphrose gauche sur rein en fer à cheval .

C.R.O. Novembre 1957 : il existe un pédicule vasculaire qui comprime l'uretère contre un gros calice . Opération de FOLEY , drainage par sonde de Cummings par le bassinet .

Dans les suites opératoires : abcès de paroi .

1965 :a répondu au questionnaire : ne souffre pas , urines stériles . Bon résultat .

Observation n° F 46

Monsieur BIS... Robert , 22 ans .

Colique néphrétique gauche . Antécédents de lithiase opérée 7 ans auparavant .

U.I.V. : hydronéphrose gauche avec lithiase pyélique gauche .

C.R.O. Octobre 1958 : le bassinet est intra-rénal . Ablation des calculs , ressaut au niveau de la jonction P.U. à l'explorateur à boules . Opération de FOLEY sans drainage , la portion haute de l'anastomose n'étant pas suturée pour servir de soupape .

Revu deux ans après : va bien , ne souffre pas , E.C.B. négatif.

Observation n° F 47

Madame FER ... Denise , 30 ans .

Douleur lombaire gauche .

C.R.O. Janvier 1955 : le bassinet est très dilaté . Il existe un rétrécissement de la jonction P.U. qui est filiforme sur 2 cm . Opération de FOLEY , drainage par sonde urétérale transrénale .

Suites opératoires immédiates normales mais se remet rapidement à souffrir et 9 mois après réintervention ; il existe à nouveau , une sténose urétérale haute . On refait un FOLEY . Drainage par sonde de Cummings .

4 ans après , va bien .

Observation n° F 48

Monsieur KER ... Maurice , 46 ans .

Douleurs lombaires droites et abdominales ayant entraîné une appendicectomie . Une hématurie .

U.I.V. : ectopie rénale iliaque droite avec lithiase calicielle

C.R.O. Juin 1956 : Opération de FOLEY , drainage par sonde urétérale en plastique, bouchée .

Phlébite dans les suites opératoires .

Revue trois ans après : va bien , ne souffre pas .

Observation n° F 49

Mademoiselle SAR... Josette , 16 ans .

Douleurs lombaires gauches .

U.I.V. : hydronéphrose gauche .

C.R.O. 1959 : FOLEY gauche .

Suites opératoires fébriles quelques jours , puis normales .

Non revue .

Observation n° F 50

Monsieur TOU ... Jean-Pierre , 13 ans .

Douleurs lombaires droites; abdominales .

U.I.V. : hydronéphrose droite .

C.R.O. Janvier 1960 : le bassinet est très volumineux , opération de FOLEY . Drainage par sonde de Cummings par le bassinet .

Suites opératoires simples .

Revu un an après : va bien , ne souffre plus , urines stériles.

Observation n° F 51

Madame LEV ... Simone .

Hydronéphrose gauche .

C.R.O. Juin 1957 : uretère collé sur la face inférieure du bassinet mais pas de rétrécissement net de la jonction . Opération de FOLEY . Drainage par sonde de Cummings par néphrostomie .

1965 : a répondu au questionnaire : va bien , ne souffre pas , E.C.B. négatif ; U.I.V. normale .

Observation n° F 52

LAG ... Philippe , 8 ans .

Douleurs lombaires droites .

U.I.V. : rein en fer à cheval + hydronéphrose droite .

C.R.O. juin 1965 : Opération de FOLEY à droite . Drainage par sonde de Cummings .

Suites opératoires bonnes . Bon résultat à six mois , mais le recul est insuffisant .

*

* *

O P E R A T I O N D E F O L E Y - B I S C H O F F

pour

H Y D R O N E P H R O S E sans L I T H I A S E

Observation n° B 1

Monsieur SAI ... Michel , 11 ans ,

En 1958 , est renversé par une mobylette . Il présente une contusion lombaire gauche avec hématurie (perte de connaissance).

Mars 1962 , douleur lombaire gauche , violente , à type de torsion , réveillant l'enfant , durant une dizaine de minutes . Aucun signe urinaire.

U.I.V. le 30.3.1962 : sécrétion dès la 3 ème minute . Dilatation pyélo-calicielle avec image en boules et mauvaise évacuation .

Hospitalisé le 7.5.1962 . Enfant présentant un retard psychique notable . Examen clinique normal . E.C.B. normal , pas de germe; urée 0,20 , T.A. 11/6 .

C.R.O. 10.5.62 : résection de l'extrémité de la 12 ème côte . le rein très flasque , presque frippé , est extrait très précautionneusement . On déchire le parenchyme en face d'un calice: c'est par là que l'on fera sortir la sonde de Cummings . Le bassinet se prolonge par l'uretère d'une façon brusque . Pédicule vasculaire pôlaire inférieur intimement adhérant à la jonction P.U. , à la face postérieure du bassinet . On le libère très progressivement en le respectant . Technique de FOLEY-BISCHOFF permettant de constater l'existence d'un rétrécissement de la jonction P.U. . Sonde de Cummings ressortant par l'incision antérieurement décrite et par une contre-incision cutanée .

S.P.O. : pas d'antibiotiques . Urines sanglantes pendant 8 jours . Ablation de la sonde le 12 ème jour , après des suites apyrétiques .

Examen anatomo-pathologique du bassinet : musculeuse épaisse à plusieurs couches et épithélium cylindrique pluristratifié parfois desquamé au contact de petits ilots inflammatoires .

U.I.V. le 28.5.62 : montre la stase habituelle post-opératoire .

Revu le 17.7.1963 : sensibilité minime de la fosse lombaire gauche . Aucun signe infectieux . E.C.B. : pas de germe .

U.I.V. : persistance d'un certain degrè de stase . L'uretère est visible . Bon résultat .

Observation n° R 2 -

Monsieur MOU... Eugène , 43 ans , électricien .

1940 , blénnorragie traitée par Dagénan ; deux récidives par la suite .

1959 , rétention complète d'urines . Impossibilité de sondage du fait d'un rétrécissement uréthral , cystostomie puis dilatation uréthrale .

Juillet 1962 , douleur lombaire gauche .
En Août , une crise de colique néphrétique .

U.I.V. le 8.6.1962 : grosse hydronéphrose gauche avec image en boule des calices et énorme bassinet bien visible sur les clichés à 3 heures .

L'U.P.R.est impossible du fait du rétrécissement uréthral mais il n'y a pas de troubles mictionnels .

E.C.B. urinaire : staphylocoque . T.R. normal . Petit rétrécissement en chapelet de l'urètre à l'explorateur à boules .
T.A. : 15/9 , urée 0,35 .

C.R.O. le 25.9.62 : résection costale . Le bassinet est très volumineux . Ponction qui retire 200 cm3 de liquide . Technique de FOLEY-BISCHOFF sur sonde de Cummings trans-rénale .

S.P.O. : Tifo I.M. pendant 15 jours . Pyélographie par la sonde le 12 ème jour montrant un excellent passage urétéral . Ablation de la sonde le 13 ème jour . Sortie le 16 ème jour . Bien cicatrisé .

Examen anatomo-pathologique du bassinet : épithélium normal , desquamé , reposant sur un chorion très oedémateux et congestif. La musculeuse est épaissie et infiltrée d'amas inflammatoires .

1965 : perdu de vue (parti sans laisser d'adresse) .

Observation n° B 3

Monsieur LAF... Guy , 23 ans , Mécanicien .

Début des troubles en 1962 par des douleurs lombaires gauches , sourdes , intermittentes , n'irradiant pas .

Octobre 1962 , E.C.B. : cristaux d'oxalate de calcium , pas de sang ni de pus .

U.I.V. : image en boules caliciellœ droites avec retard de sécrétion .

Vu par le Professeur MILLIEZ qui fait pratiquer une U.P.R. qui confirme le diagnostic d'hydronéphrose par obstacle de la jonction P.U.

Nouvelle U.I.V. le 21.12.62 comparable à la précédente .

Hospitalisé le 20.1.63 .

C.R.O. le 21.1.63 : résection de la 12 ème côte . Enorme hydronéphrose avec sténose de la jonction P.U. Technique de FOLEY - BISCHOFF sur sonde de Cummings sortant par le bassinet .

Examen anatomo-pathologique du bassinet : lésions inflammatoires sub-aigues avec hyperplasie musculaire .

S.P.O. : Terramycine 14 jours , puis Furadoïne . Suites apyrétiques . Clampage de la sonde le 12 ème jour .

Culot : bacilles gram négatif résistants aux antibiotiques . Lavages au sérum par la sonde , bien tolérés. Le 21 ème jour , ablation de la sonde après avoir fait une pyélographie de contrôle .

Sortie le 16.2.1963 (25 ème jour) .

Revu le 13.3.1963 pour U.I.V. de contrôle .

Observation n° B 4

Mademoiselle ANN... Jeanine , 22 ans .

Mai 1956 , après une chute , hématurie lors d'une seule miction .

L'U.I.V. de 1956 montre , outre un spina bifida de S_1 , une sécrétion normale des deux reins , à droite image en boules de faible tonalité .

Aucun signe jusqu'en 1960 où elle est inquiétée par la réduction du volume des urines . N'a jamais souffert , aucun antécédent notable .

Une nouvelle U.I.V. est comparable à celle de 1956 : calices en grosses boules de la taille d'une prune dessinant une grosse grappe très allongée .

La pyélographie ascendante montre une sténose urétérale haute .

En 1962 , U.I.V. comparable . E.C.B. : colibacille .

Hospitalisée le 18.2.1963 à Cochin .

C.R.O. le 21.2.63 : incision lombaire sans résection costale . Abord du rein qui est très augmenté de volume , très allongé , avec un bassinet gonflé comme une balle de tennis . La ponction permet de retirer une grande quantité d'urine (qui ne poussera pas à la culture) et de mobiliser le rein que l'on libère complètement . On constate qu'il y a une insertion haute de l'uretère et un rétrécissement de la jonction P.U. . Le rein a un parenchyme de 3 à 4 mm d'épaisseur . Opération de BISCHOFF avec sonde de Cummings trans-rénale . Une lame .

S.P.O. : Péni 1 M , Strepto 1 g pendant 13 jours . Pyélographie par la sonde le 16 ème jour : passage normal . Ablation de la sonde le 20 ème jour .

U.I.V. le 26 ème jour : sécrétion dès la 6 ème minute mais image pâle ; vidange lente .

Sortie le 25.3.63 (33 ème jour) .

Examen anatomo-pathologique du bassinet : lésions inflammatoires sub-aigües banales .

Revue en consultation le 13.4.64 : va bien , ne souffra pas .
E.C.B. urines : ni pus , ni sang , ni germe , culture stérile.

U.I.V. : grosse amélioration , sécrétion dès la 5 ème minute . Les fonds de calices sont moins arrondis .
Urée 0,30 - T.A. 10/6 .

Observation n° B 5

Madame ROB... Liliane , 36 ans .

Mars 1962 : violente douleur lombaire avec fièvre à 39° et émission de sable urinaire .

Juin 1962 : crise identique . Douleurs lombaires continues entre les crises .
Février 1963 : souffre toujours .

U.I.V. : hydronéphrose droite avec image calicielle en boules .

U.P.R. 4.3.63 : cystoscopie normale , sténose de la jonction pyélo-urétérale ; très grosse ectasie pyélo-calicielle .
E.C.B. : culture négative . T.A. 13/8 - urée 0,30

Antécédents : trois grossesses ; albuminurie lors de la première et de la troisième . H.T.A. à 20/9 à la fin de la deuxième (3 accouchements normaux) .

C.R.O. le 14.3.1963 : résection des 12 ème et 11 ème côtes . Sténose intrinsèque très marquée de la jonction P.U. . Le rein est distendu , mais le parenchyme semble suffisament bon pour que l'on fasse une pyélo-plastie . Technique de BISCHOFF , sonde de Cummings par le calice inférieur . Une lame .

S.P.O. : Péni 1 M , Strepto 1 g , Coli 3 M , pendant 13 jours . Suites apyrétiques . Pyélographie par la sonde le 11 ème jour . Ablation de la sonde le 13 ème jour . Sortie de la malade le 1.4.1963 (18 ème jour).

Revue le 22.5.63 : grossesse .

Le 18.9.63 : lombalgie droite , urines claires .

Le 9.1.64 : accouchement normal .

Le 24.4.64 : E.C.B. : entérocoque sensible à l'Erythromycine ; urines limpides .

U.I.V. : sécrétion dès la 6 ème minute . Les images calicielles en boules ont diminué de volume , surtout les inférieures où les fonds de calices sont en cupule . Evacuation très lente .

11.6.1965 : crise douloureuse lombaire droite , il y a 8 jours . Les urines sont limpides . Rein droit non palpable , indolore .

Observation n° B 6

Monsieur BAU... Léon-Etienne , 46 ans , Magasinier .

Mai 1958 , poussée fébrile à 39°-40° , quotidienne , amaigrissement de 10 kg , traitement antibiotique .

Le 30.9.1958 , douleur lombaire droite et hématurie . E.C.B. : staphylocoque blanc .

U.I.V. : ectasie pyélo-calicielle droite avec bonne sécrétion mais gros retard à l'évacuation .

Un examen C.B. des urines montre de très rares B.A.A.R. après homogénéisation .

Le 1.11.1958 , hospitalisé : U.P.R. : hydronéphrose avec rétrécissement de la jonction ;

Cystoscopie : vessie saine .

Les recherches répétées de B.K. sont toujours négatives . Arrêt du traitement .

Plus de douleur lombaire pendant près de 5 ans .

Réhospitalisé le 23.3.63 pour douleurs lombaires et épisode fébrile . Fosse lombaire souple , uretère normal . L'U.I.V. est identique à celle de 1958 . Pyéloplastie décidée .

C.R.O. le 26.3.1963 : Résection costale . Volumineuse hydronéphrose avec sténose de la jonction P.U. . Technique de FOLEY-BISCHOFF . Sonde de Cummings par le parenchyme rénal .

S.P.O. : Péni 2 M , Coli 3 M , Tifo 1 gr 50 . Pyélographie par la sonde le 12 ème jour . Passage normal . Ablation de la sonde le 15 ème jour .
U.I.V. le 18 ème jour : image de stase habituelle en post-opératoire .
Sortie le 21 ème jour . Les suites ont été apyrétiques .

Revu le 4.11.1965 : va très bien . E.C.B. négatif .

Le 15.11.65 : U.I.V. : image revenue à la normale . Sécrétion presque symétrique . Bon passage urétéral . Excellent résultat .

Observation n° B 7

Mademoiselle ATT... Jacqueline , 19 ans , étudiante .

A l'âge de 6 ans , crise douloureuse lombaire gauche , pendant 15 jours ; traitement : antibiotiques . Depuis , a présenté tous les trois mois environ , une crise identique mais moins intense et ne durant qu'une journée .

Description de la crise : apparition brusque , souvent après un effort , augmentation progressive des douleurs lombaires gauches et abdominales antérieures par paroxysmes . Parfois signes digestifs ; nausées , vomissements,et crises de cystite .

La crise cède en 24 heures progressivement .

U.I.V. Janvier 63 : montre une hydronéphrose gauche : grosse ectasie pyélo-calicielle .

Hospitalisée dans le service le 10.5.63 .

Examen clinique R.A.S. , T.A. 12,5/8 , urée 0,20 . E.C.B. : bacilles gram négatif .

C.R.O. le 14.5.63 : résection costale . Dissection d'une volumineuse hydronéphrose . Incision du bassinet ; l'explorateur à boule passe avec un discret frottement . Opération de FOLEY-BISCHOFF . Sonde de Cummings .

Suites opératoires simples . Pyélographie de contrôle le 11 ème jour . Ablation de la sonde le 13 ème jour et sortie de la malade .

Observation n° B 8

Mademoiselle EUR ... Marie-Charles , 21 ans ,

En 1960 , crise douloureuse lombaire droite , brusque , sans irradiation pendant une heure . Crises identiques en Juillet 62 , Janvier et Février 63 .

En Mai 63 , épisode de cystite avec hématurie terminale peu abondante . Hospitalisée le 19.5.63 .

Antécédents de scarlatine , hépatite virale , amygdalectomie et appendicectomie à 13 ans .

U.I.V. de février 63 : distension pyélo-calicielle droite avec bonne sécrétion mais fonds de calices aplatis .

E.C.B. : nombreux bacilles gram négatif . Urée 0,25 , T.A. 10/6.

C.R.O. le 27.5.63 : bassinet distendu , parenchyme aminci , jonction rétrécie ; orifice punctiforme , péri-urétérite , pas de vaisseaux anormaux . Technique de FOLEY-BISCHOFF . Drainage par sonde de Cummings sortant par le calice inférieur .

Examen anatomo-pathologique du bassinet : l'épithélium du bassinet cubo-cylindrique par endroits multi-stratifié , repose sur un chorion très congestif , oedemateux , contenant des capillaires dilatés et de rares éléments lymphoplasmocytaires péri-vasculaires . La musculeuse d'aspect normal est dissociée par des infiltrats lympho-plasmocytaires assez denses et péri-vasculaires .

S.P.O. : Péni 3 M , Coli 3 M , pendant 6 jours puis Furadoïne . Pyélographie par la sonde le 11 ème jour . Ablation de la sonde le 14 ème jour . Les suites ont été normales apyrétiques . Sortie le 15 ème jour .

Revue en 1966 : s'est mariée depuis . U.I.V. le 10.2.66 normale, les fonds de calices ont retrouvé leur courbure .

E.C.B. le 10.2.66 : pas de pus , pas de germe , culture stérile mais sensibilité lombaire droite persistante .

Observation n° 3 9

Mademoiselle LAH ... Claudine , 28 ans .

Janvier 64 , crise douloureuse de l'hypochondre droit , 39° , pollakiurie , brûlures à la miction . Traitement : Rufol pendant 10 jours .
E.C.B. : colibacilles .

Pendant deux mois , traitée par Furadoïne , Nibiol , Colimycine.

Avril 64 : culture négative .

Antécédents : scarlatine , kyste du sein (maladie de Reclus)
allergie à la Pénicilline et Auréomycine .

Hospitalisée le 20.5.64 : urée 0,25 , T.A. 10,5/7 .

E.C.B. : bacilles gram négatif et entérocoques .

U.I.V. :hydronéphrose droite sur rein très mobile . Rétrécissement de la jonction P.U.

C.R.O. le 24.5.64 : le bassinet est énorme . La jonction P.U. sténosée sur 2 cm , pas de vaisseaux anormaux . Technique de FOLEY-BISCHOFF . Sonde de Cummings sortant par le calice inférieur .

Examen anatomo-pathologique du bassinet : processus inflammatoire sub-aigu sans aucun signe spécifique .

S.P.O. : Coli 3 M pendant 9 jours . Pyélographie par la sonde le 9 ème jour : bon passage. Ablation de la sonde le 15 ème jour. Sortie de la malade le 15.6.64 (21 ème jour) .

Revue le 10.9.64 : bonne sécrétion dès la 6 ème minute . Petite ectasie uniquement pyélique persistante . Ne souffre pas . Très bon résultat .

Observation n° B 10

Mademoiselle JAM ... Patricia , 16 ans , étudiante .

Appendicectomie à 13 ans . Episode de cystite à l'âge de 6 - 7 ans . Hospitalisée dans le service le 2.7.64 pour douleurs lombaires gauches .

Depuis un an et demi , souffre de l'hypochondre gauche . Douleur à type de point de côté sans irradiation , calmée par le décubitus . Exagérée en position debout .

Les crises durent 2-3 jours , se reproduisent tous les mois depuis 6 mois .

Examen clinique : masse lombaire gauche donnant le contact lombaire . T.A. 11/6 , excellent état général . E.C.B. négatif .

Un lavement baryté du 9.6.64 montre un refoulement du côlon tranverse dans sa portion gauche par une tuméfaction arrondie .

U.I.V. le 12.6.64 : très gros rein gauche avec images caliciellles en boules .

Le 23.6.64 , une pyélographie per-cutanée met en évidence une très grosse hydronéphrose ; le bassinet ne s'évacue pas .

C.R.O. le 7.7.64 : résection de la 12 ème côte ; le bassinet est globuleux ; il contient un demi litre d'urine que l'on vide par ponction . L'uretère s'implante à la face postérieure du bassinet . La jonction P.U. n'est pas modifiée , il n'y a pas de vaisseaux anormaux . Plastie de FOLEY avec résection du bassinet ; sonde de Cummings . Suture au catgut chromé o .

S.P.O. : Péni 3 M pendant 2 jours . Suites opératoires simples. Ablation de la sonde le 13 ème jour après pyélographie de contrôle qui montre un bon passage .
Sortie le 24.7.64 .

Revue le 15.10.64 : urines claires , rein gauche palpable .

U.I.V. : sécrétion simultanée des deux reins . Jonction P.U. et uretère gauche visibles à la décompression . Evacuation satisfaisante . Persistance d'une hypotomie calicielle .

Le 28.4.65 : va bien . N'a plus souffert . Urines limpides . E.C.B. : quelques bacilles gram négatif .

U.I.V. : bonne fonction . Morphologie améliorée .

Observation n° B 11

Madame PRI... Anne-Marie , 38 ans .

Antécédents : thyphus en 1946 , un accouchement , une fausse couche .

En mai 63 , nausées , céphalées , radiographies digestives ne montrant rien d'anormal .

Juin 63 : douleurs lombaires droites , irradiant en ceinture , parfois vers l'aine,durant une heure .

Octobre 63 , nouvel épisode identique .

Janvier 64 , hospitalisée pour une nouvelle crise (chez le docteur GUENIN) .

U.I.V. : à droite , image de compression et d'étirement des calices supérieurs qui sont dilatés par une masse polaire inférieure .

U.P.R. le 15.4.64 : montre à droite une grosse ectasie pyélocalicielle avec opacification moindre au pôle inférieur . L'uretère est rétréci à sa terminaison dans le bassinet .

Diagnostic : kyste,du rein + hydronéphrose droite .

Hospitalisée dans le service le 19.5.64 . E.C.B. : bacilles gram négatif , urée 0,25 , T.A. 14/7 .

C.R.O. le 21.5.64 : résection de la 12 ème côte . Gros kyste de 10 cm de diamètre environ sur la face postérieure et externe du rein . On excise sa paroi . On découvre le bassinet et l'uretère qui devient très étroit lorsqu'il s'approche du bassinet . Sténose de 2 cm de long . Technique de BISCHOFF un peu atypique : on taille en plus du lambeau en V habituel , un petit lambeau quadrangulaire sur la face antérieure du bassinet que l'on va suturer à la face externe de l'uretère . Sonde de Cummings à travers le rein .

S.P.O. : Péni 2 M , Coli 2 M , pendant 15 jours . La sonde est bouchée au 4 ème jour puis laissée ouverte encore quelques jours, Rebouchée et enlevée le 13 ème jour . Sortie de la malade le 13 juin 1964 (21 ème jour) . Les suites ont été apyrétiques .

Revue le 10.10.1964 : urines limpides , pas de germes .

U.I.V. le 10.10.64 : normale . Excellent résultat .

Revue le 17.9.65 : va bien .

U.I.V. normale . Excellent passage urétéral .

Observation n° B 12

Mademoiselle CAI... Alice , 22 ans .

Antécédents : appendicectomie en 1951 . Début des troubles en 1960 par des douleurs du flanc gauche , sourdes , n'irradiant pas . Aucun trouble urinaire .

Une U.I.V. pratiquée alors montre une hydronéphrose gauche .

Hospitalisée le 28.9.1964 avec depuis un mois , une pollakiurie et douleurs du flanc gauche . T.A. 13/7 .

U.I.V. : à gauche , dilatation pyélique et calicielle (surtout les calices moyens) .

E.C.B. : culture stérile . Pas de B.K.

C.R.O. le 3.10.64 : résection de la 12 ème côte . Rein volumineux , énorme pyélectasie . La jonction pyélo-urétérale est étroite mais ne présente pas de sténose serrée . Existence d'un gros paquet vasculaire rétro-pyélique dont l'une des veines est blessée (il faudra une demi-heure pour en réaliser l'hémostase). Libération complète du bassinet et de l'uretère de la gangue inflammatoire qui l'entoure . Technique de BISCHOFF (catgut oo chromé) , sonde de Cummings par le calice inférieur , le tout sans mobilisation du rein . Une lame .

Examen anatomo-pathologique du bassinet : musculeuse normale à part quelques éléments inflammatoires . Le chorion est congestif et oedémateux , l'épithélium pyélique est conservé .

S.P.O. : Péni 3 M , Coli 4 M pendant 10 jours puis Nibiol . La sonde de Cummings est clampée le 8 ème jour et enlevée le 13 ème. Sortie le 14 ème jour . Les suites ont été apyrétiques .

Revue le 1.2.65 : va bien , aucune douleur . Urines stériles .

U.I.V. : sécrétion à la 6 ème minute . Amélioration morphologique mais il persiste un certain degrè de stase .

Observation n° B 13

Madame DAN... Catherine , 22 ans , secrétaire .

Adressée par le Docteur CARION de Mexico pour hydronéphrose droite et hospitalisée dans le service le 10.10.64 .

R.A.S. jusqu'en juillet 63 : crise de colique néphrétique droite pendant deux jours . Une deuxième crise identique en juillet 64 . Amaigrissement de 13 kg .

U.I.V. août 64 : hydronéphrose droite .

Examen clinique normal . T.A. 10/6 , urée 0,25 , E.C.B. : culture négative .

C.R.O. le 13.10.64 : résection de la 12 ème côte , le bassinet est dilaté et prolongé par trois gros calices extra-rénaux La jonction P.U. est rétrécie . Technique de FOLEY-BISCHOFF . Sonde de Cummings trans-rénale , trans-cutanée . Fermeture étanche du bassinet .

S.P.O. : Péni 3 M , Coli 4 M . Suites simples apyrétiques . Ablation de la sonde le 11 ème jour . Sortie le 13 ème jour .

La malade est repartie à Mexico .

Observation n° B 14

Mademoiselle PIE... Nicole , 23 ans , infirmière .

Avril 58 , cystite brutale , pas de douleur lombaire ; traitement: Pyridium . Les troubles disparaissent pour réapparaître dès que le traitement est arrêté .

Hospitalisée le 23.9.58 parcequ'elle présente , depuis 8 jours , des douleurs de la fosse lombaire droite . Les urines sont toujours troubles .

U.I.V. : rein gauche normal ; rein droit : dilatation pyélo-calicielle (gros bassinet et fonds de calices un peu aplatis) .

E.C.B. du 19.8.58 : bacilles gram négatif , nombreux leucocytes altérés .

Le 12.9.58 , U.P.R. droite : confirme l'existence d'un obstacle à la jonction P.U. .

urée 0,15 , T.A. normale .

C.R.O. le 26.9.58 : résection de la 12 ème côte . Le bassinet est très distendu . L'uretère a une insertion haute sur le bassinet . Il se termine de façon très étroite . En incisant le bassinet , on s'apercevra que l'orifice est punctiforme , incathétérisable . Technique de FOLEY-BISCHOFF . Suture au catgut ooo. Pas de drainage . On laisse la partie supérieure de l'incision postérieure du bassinet ouverte . Une lame .

S.P.O. : Péni 1 M , Strepto 1 g pendant 5 jours puis Furadoïne.

U.I.V. le 7.10.58 : bonne sécrétion rénale bilatérale .

Sortie le 9.10.58 après des suites simples .

U.I.V. le 17.12.58 : stase persistante pyélo-calicielle droite .

U.I.V. le 25.6.63 : amélioration morphologique . L'uretère est bien visible . Encore un certain degrè de stase . La malade ne souffre pas , les urines sont stériles .

Observation n° B 15

Mademoiselle DEB... Colette , 25 ans , concierge .

1952 , hématurie pendant 8 jours , spontanée , indolore , totale. Se reproduit en 53 , puis plus rien jusqu'en 58 : nouvelle hématurie .

U.I.V. le 30.4.58 : images en boules très pâles , apparaissant avec retard . La malade refuse l'intervention proposée .

L'U.P.R. a montré qu'il s'agissait bien d'une volumineuse hydronéphrose .

Février 59 , nouvelle hématurie .

Hospitalisation le 9.3.59 . Urée 0,30 , E.C.B. : staphylocoque et bacilles gram négatif .

C.R.O. le 20.3.59 : très volumineuse hydronéphrose que l'on ponctionne . Au niveau de l'uretère , volumineux pédicule artériel et une très grosse veine que l'on peut parfaitement conserver . On constate , après ouverture du bassinet , qu'il y a une sténose punctiforme de la jonction P.U. . Malgrè l'épaisseur minime du parenchyme rénal , on décide la conservation . On pratique une opération de FOLEY , mais dont on taille l'éperon à la face interne du bassinet . On réseque une grande partie du bassinet en passant à quelques millimètres de l'orifice des calices . Suture au catgut oo sur sonde de Cummings sortant par une contrincision du bassinet .

S.P.O. : Péni 1 M , Strepto 1 g pendant 10 jours . Pyélographie le 14 ème jour . Ablation de la sonde le 16 ème jour . Sortie le 10.4.59 .

Examen anatomo-pathologique du bassinet : disparition pratiquement complète de l'épithélium de revêtement remplacé par un granulome inflammatoire . Chorion scléreux contenant des ilots lymphoïdes ; musculeuse amincie et dissociée par la sclérose .

Revue le 29.10.59 . U.I.V. : meilleure sécrétion rénale mais stase importante .

1966 : malade perdue de vue , n'habite pas à l'adresse indiquée.

Observation n° B 16

Madame LEN... Nicole , 25 ans , comptable .

Hospitalisée dans le service le 29.6.65 pour douleurs lombaires droites avec fièvre et pyurie . Les douleurs lombaires droites existent depuis des années , accentuées au cours de deux grossesses . En mars 65 , a présenté une crise analogue à celle qui motive l'hospitalisation ; traitée par Rufol .

Avril 65 , une U.I.V. met en évidence une hydronéphrose droite . Pyurie sans germe . On note un antécédent d'appendicectomie à 12 ans . Un examen clinique : fosse lombaire droite douloureuse. T.A. 14/9 , E.C.B. : bacilles gram négatif .

C.R.O. le 7.7.65 : résection de la 12 ème côte . Bassinet très distendu . Rétrécissement de la jonction P.U. ; le parenchyme rénal est mou et flasque . Technique de FOLEY-BISCHOFF sur sonde de Rusch sortant par le bassinet .

S.P.O. : Péni 3 M , Coli 3 M pendant 12 jours puis Négram 6 c. Suites simples apyrétiques . Ablation de la sonde le 15 ème jour après pyélographie de contrôle . Sortie le 21 ème jour après une U.I.V. montrant une bonne sécrétion .

Revue le 7.10.65 : présente encore quelques douleurs lombaires droites par intermittence .

U.I.V. : amélioration très nette par rapport aux clichés précédents . L'uretère est visible .

E.C.B. : culture négative mais nombreux leucocytes .

Observation n° B 17

Madame MAR... Marguerite , 51 ans .

1959 : cystite .

U.I.V. : rein droit muet ; à gauche : hydronéphrose gauche par rétrécissement de la jonction .

Septembre 59 : néphrectomie droite pour tuberculose rénale .

Traitement : Streptomycine-Rimifon . La Streptomycine entraîne une surdité , le Rimifon des troubles polynévritiques . Les médicaments sont arrêtés un mois après l'intervention (traitement total de 5 mois) . Depuis , bon état général mais pyélonéphrite à colibacilles , 39° , douleur du flanc gauche , pollakiurie, pas de B.K. dans les urines qui restent toujours purulentes . Traitement par Furadoïne puis Colimycine . L'azotémie s'élève à 1 gr 10 .

Hospitalisée dans le service le 5.5.64 . Antécédents : appendicectomie et ovariectomie droite en 56 . Examen clinique R.A.S. en dehors d'une T.A. à 18/11 . E.C.B. : pyurie,bacilles gram négatif .

U.I.V. le 8.5.64 : (très peu contrastée) met en évidence une grosse ectasie pyélo-calicielle gauche .

C.R.O. le 14.5.64 : dissection de l'uretère jusqu'au bassinet . Il n'existe pas de sténose à proprement parlé et le bassinet est flasque . On découvre au niveau de la face antéro-interne du bassinet , une grosse veine qui gagne le pôle inférieur gauche . Elle est disséquée , non sectionnée et refoulée jusqu'à l'insertion du bassinet au niveau du hile . Technique de FOLEY-BISCHOFF sur sonde de Cummings . L'ensemble des manoeuvres a été fait sur le rein en place .

S.P.O. : Péni 3 M , Coli 3 M .

15.5.64 : urines 300 cm3 - perfusion de Mannitol - urée 1,45 .

17.5.64 : urines 35 cm3 - urée 2,10 - pH 7,15 .

18.5.64 : urines 100 cm3 - urée 3 gr - K 6,7 mEq .

19.5.64 : adressée à Necker pour anurie . Elle revient le 25.5.64: il ne s'agissait que d'une sortie de la sonde de néphrostomie . Après sa remise en place , une diurèse très abondante a été rétablie .

3.6.64 : pyélographie par la sonde : montre un bon passage urétéral .

8.6.64 : ablation de la sonde .

9.6.64 : urée 0,45 - apyrexie , va bien . Sortie le 13.6.64 .

24.9.64 revue : E.C.B.;culture : aérobacter , aérogenes . Malade assez fatiguée , élévation progressive de l'urée qui atteint 0,80 . Traitement antibiotique . Le pronostic est assez sombre .

Observation n° B 18

Madame REG... Suzanne , 54 ans , sans profession .

1943 : néphrectomie droite pour traumatisme du rein droit .

1953 : phlébite du bras gauche avec embolie pulmonaire .

Janvier 65 : douleur lombaire gauche , apparaissant d'abord à la fatigue puis permanente ; oligurie et pyurie , asthénie importante , urée à 0,70 g/l .

U.I.V. le 3.5.65 : retard à l'opacification d'une volumineuse hydronéphrose gauche . Très grosse ectasie pyélo-calicielle très bien visible sur le cliché à la 5 ème heure ; pas de passage urétéral visible .

Hospitalisée dans le service le 11.5.65 : examen clinique : gros rein gauche donnant le contact lombaire . T.A. 13,5/9,5 , urée 0,60 , E.C.B. : bacilles gram négatif .

C.R.O. le 18.5.65 : l'U.P.R. gauche montre qu'il s'agit bien d'une anomalie de la jonction P.U. . L'uretère est à peu près normal sur tout son parcours et forme un siphon un peu au dessous de la jonction P.U.. Lombotomie avec résection de la 12 ème côte. Libération de l'uretère qui conduit à un bassinet hémi-sphérique et tendu . La dissection de la jonction P.U. ne montre rien de particulier . Technique de FOLEY avec résection importante du bassinet sur sonde de Cummings sortant par néphrostomie .

S.P.O. : Péni 2 M , Coli 3 M . Suites relativement simples mais fébriles ; 38°-38°5 jusqu'à l'ablation de la sonde le 16 ème jour (elle était clampée depuis 3 jours) . Sortie le 12.6.65 apyrétique .

Le 20.7.65 : violente douleur lombaire gauche avec vomissements; sondage : urines purulentes ; traitement antibiotique .

24.8.65 : crise identique .

Hospitalisée en province pour épistaxis importante . Douleur lombaire . L'azotémie est à 1 gr 70 . La malade est transférée dans le service .

7.9.65 : incision sous anesthésie locale d'un abcès lombaire gauche ; drainage par une lame .

20.9.65 : pyélographie gauche qui montre une mauvaise évacuation du produit de contraste ; remise en place d'une sonde urétérale .

C.R.O. le 5.10.65 : reprise de l'incision ; adhérences considérables péri-rénales . Une grosse veine adhérant à l'uretère au pôle inférieur est de dissection difficile . Elle est blessée ; on la suture . On finit par repérer l'uretère et en montant une sonde , on bute sur un rétrécissement infranchissable au niveau de la jonction P.U. . On fend ce rétrécissement , puis on place une sonde de Cummings sortant par le rein sans suturer l'incision urétérale (technique de DAVIS) .

S.P.O. : Péni 5 M , Coli 5 M puis Solnicol . Suites simples , apyrétiques .
Hospitalisation à domicile le 20 ème jour .

Réhospitalisée le 12.1.1966 : urée 0,50 ; ablation de la sonde.

Revue le 30.3.66 : urée 0,50 ; E.C.B. : bacilles gram négatif ; traitement antibiotique .

7.4.66 U.I.V. : lithiase calicielle inférieure ; bonne sécrétion rénale ; ectasie calicielle supérieure ; jonction P.U. large , bien visible ainsi que l'uretère .

Observation n° B 19

Monsieur DET... Serge , 34 ans , imprimeur .

Angines fréquentes . H.T.A. découverte au service militaire (18). 1961 , colique néphrétique gauche précédée d'une hématurie .

U.I.V. le 26.9.61 : bonne sécrétion bilatérale ; ectasie pyélo-calicielle droite . L'uretère ne s'imprègne pas . A gauche , petit calcul urétéral .

Hospitalisé dans le service le 18.3.65 : bon état général . T.A. 15/8,5 ; très variable . Le malade n'a jamais souffert de son côté droit ; l'examen clinique est normal . E.C.B. ; culture: entérocoque .

P.S.P. normale ; H.L.M.:611 leucocytes/mm , 320 hématies/mm .

U.I.V. le 26.3.65 : image comparable à celle de 61 .

U.P.R. droite : hydronéphrose par syndrôme de la jonction P.U. .

C.R.O. le 29.3.65 : résection de la 12 ème côte . Le bassinet est distendu mais pas volumineux . La jonction P.U. est macroscopiquement rétrécie mais après ouverture du bassinet , on pourra passer une sonde cannelée . Plastie de FOLEY-BISCHOFF sur sonde de Cummings ressortant par le bassinet . Biopsie rénale : normale.

S.P.O. : Péni 3 M , Coli 3 M , pendant 8 jours puis Furadoïne . Sonde bouchée le 10 ème jour , enlevée le 15 ème . Sortie le 17 ème jour après des suites simples .

Le 13.9.65 revu : T.A. 16/8 ; ne souffre pas ; amélioration de la morphologie pyélo-calicielle , mais stase persistante .

Observation n° B . 20

Monsieur ABO ... André , 42 ans .

Colique néphrétique droite , hématurie .

U.I.V. : très grosse hydronéphrose droite .

C.R.O. 10.1958 : le bassinet a l'aspect d'une balle de tennis avec insertion haute de l'uretère qui est plicaturé par des brides. Opération de FOLEY avec résection du bassinet . Pas de sonde , une petite zone non suturée en haut du bassinet servant de soupape .

Suites opératoires simples .

1965 : a répondu au questionnaire : ne souffre pas , urines limpides . Bon résultat .

Observation n ° B 21

Mademoiselle DEM... Chantal , 33 ans .

Episode de pyélonéphrite à répétition . Hématurie .

E.C.B. négatif .

C.R.O. le 9.1963 : distension du bassinet gauche . Opération de FOLEY-BISCHOFF , drainage par sonde de Cummings .

Revue trois mois après pour des poussées de colibacillose . Continue à souffrir . Dilatation persistante à l' U.I.V. , mais l' E.C.B. est négatif . Le résultat peut être considéré comme mauvais .

Observation n° B 22

Madame TOU... Michèle , 26 ans .

Episode de cystite avec albuminurie et colibacilles à l'E.C.B. , douleur de l'hypochondre droit .

C.R.O. 10.1963 : gros bassinet ; pédicule vasculaire polaire inférieur anormal . Opération de FOLEY-BISCHOFF . Drainage par sonde de Cummings . L'opération a permis de déplacer le pédicule anormal par rapport à la jonction . .

Pneumothorax dans les suites opératoires qui nécessite une exsufflation .

Revue 6 mois après pour épisode de cystite . A présenté depuis une grossesse qui a nécessité une césarienne .

Observation n° B 23

Mademoiselle SAL ... Sarah , 17 ans .

Douleur lombaire gauche . A l'examen clinique : gros rein gauche.

U.I.V. : grosse hydronéphrose gauche .

C.R.O. Février 1960 : très gros bassinet flasque . La ponction en évacue 200 cm3 . L'uretère est coudé en Z , fixé par des brides scléreuses mais pas de rétrécissement . Opération de FOLEY avec résection du bassinet . Drainage par sonde de Cummings bouchée . Suites opératoires simples .

Sans nouvelle depuis .

Observation n° B 24

Monsieur MAG... Clément , 40 ans .

Colique néphrétique gauche . Rein gauche palpable .

U.I.V. : énorme hydronéphrose gauche .

C.R.O. Avril 62 : énorme bassinet d'où l'on ponctionne 1 litre d'urine . La jonction est barrée par un paquet vasculaire anormal . Pas de sténose . Opération de FOLEY-BISCHOFF . Drainage par sonde de Cummings par le bassinet et qui reste bouchée .

Suites opératoires simples . Revu un an après ; ne souffre plus ; le rein a une bonne fonction .

Observation n° B 25

Monsieur BOU ... André , 50 ans .

Douleur abdominale gauche . Grosse tuméfaction refoulant le côlon au lavement baryté .

C.R.O. Juillet 1962 : volumineuse hydronéphrose . Rein flasque mais de bon aspect . Opération de FOLEY-BISCHOFF ; drainage par sonde de Cummings par le bassinet .

Suites opératoires simples .

Revu 2 ans après : va bien .

Observation n° B 26

Mademoiselle JOA... Marguerite , 17 ans .

Episode fébrile , colibacille à l' E.C.B. .

U.I.V. : hydronéphrose gauche .

C.R.O. Juillet 1962 : gros pédicule vasculaire barrant la face postérieure du bassinet qui est distendu . Léger rétrécissement de la jonction P.U. à l'explorateur . Opération de FOLEY-BISCHOFF . Sonde de Cummings sortant par la face antérieure du bassinet , fermée . Suites opératoires simples .

Revue depuis : E.C.B. stérile ; ne souffre pas ; le rein se vide bien en position debout .

Observation n° B 27

Madame BOU ... Jacqueline , 21 ans .

Douleurs lombaires droites , hématurie .

U.I.V. : hydronephrose droite .

U.P.R. : grosse dilatation calicielle .

C.R.O. Décembre 1962 : grosse dilatation des calices ; rein flasque peu épais . Opération de FOLEY-BISCHOFF . Sonde de Cummings par le calice inférieur .

Suites opératoires marquées par un épisode infectieux avec cystite .

Revue deux ans après : ne souffre plus mais staphylocoque dans l'E.C.B. ; est enceinte .

Observation n° B 28

Madame LEN... Marie-Amélie , 54 ans .

Episodes de cystite à répétition .

U.I.V. : grosse hydronéphrose gauche .

E.C.B. : negatif .

C.R.O. Décembre 1962 : uretère filiforme près de sa jonction . Opération de FOLEY-BISCHOFF . Drainage par sonde de Cummings par la face antérieure du bassinet , fermée .

Suites opératoires simples . Excellent résultat . Urines aseptiques .

Observation n° B 29

Madame GRE... Françoise , 38 ans .

Douleur lombaire gauche . Episodes de cystite à colibacille .

C.R.O. Avril 1959 : il existe un rétrécissement de la jonction P.U. . Opération de FOLEY avec résection du bassinet . Drainage par sonde de Cummings .

4 mois après , présence de colibacille à l' E.C.B. mais ne souffre plus .

Observation n° B 30

Madame GAF ... Marie-Anne , 18 ans .

Douleurs lombaires droites . E.C.B. : pas de germe .

C.R.O. 1961 : bassinet de la taille d'une orange avec orifice P.U. punctiforme . Opération de FOLEY avec résection du bassinet. Drainage par sonde de Cummings par le bassinet .

1966 : inconnue à l'adresse indiquée .

*

* *

A U T R E S P L A S T I E S

pour

H Y D R O N E P H R O S E sans L I T H I A S E

Observation n° A 1

Monsieur SAN... Pierre , 40 ans , coursier .

Septembre 1952 , colique néphrétique gauche qui dure 8 heures . Hospitalisé à Saint-Louis . U.I.V. : pas d'image de calcul . Février 1954 , crise identique .

U.I.V. le 27.2.54 : pas d'image de calcul , élimination rénale satisfaisante des deux côtés .

11.3.54 : nouvelle crise de colique néphrétique .

U.I.V. : ectasie calicielle gauche , sans ectasie pyélique . L'uretère est injecté .

U.P.R. le 16.3.54 : rétrécissement en siphon de la jonction P.U. avec petite distension calicielle , mais bassinet normal .

L'examen clinique est normal . T.A. 13/8 , E.C.B. : culture négative .

C.R.O. le 6.4.54 : résection costale , péri-pyélique et péri-urétérite . La jonction P.U. est très adhérente et il faut la sculter presque dans le tissu qui l'entoure . On arrive ainsi à libérer le bord inférieur et la face antérieure du bassinet sous-jacent aux vaisseaux , sans mobiliser le rein . L'uretère, dans sa partie supérieure , est croisé par un pédicule vasculaire oblique en bas et en dehors et qui comporte une artère polaire . On la sectionne entre deux ligatures . Pensant à un calcul du bassinet , on incise le bassinet où il n'y a rien . On prolonge l'incision le long de l'uretère sur une sonde cannelée et on trouve un rétrécissement de l'uretère extrèmement serré , de 1 cm de long . La petite dimension du bassinet interdit l'utilisation d'une plastie , aussi pose-t-on une sonde urétérale n° 24 , trans-rénale , trans-pyélique et descendant dans l'uretère . On suture l'uretère et le bassinet sur la sonde . Le niveau de la sténose ne peut être recouvert .

S.P.O. : simples . Ablation de la sonde le 15 ème jour . Sortie le 21 ème jour .

Revu le 4.10.54 : bonne sécrétion rénale . Morphologie normale ; passage urétéral normal .
E.C.B. : pas de germe ; n'a pas souffert depuis l'intervention.

Malade reconvoqué , mais n'habite pas à l'adresse indiquée .

Observation n° A 2

Madame JAC... Micheline , 31 ans .

Hospitalisée le 29.4.57 . Présente depuis 10 ans des douleurs lombaires gauches , s'accentuant progressivement . En 1955 , épisode de cystite .

U.I.V. : découverte d'une hydro-néphrose gauche .

Depuis 1956 , présente des douleurs intenses avec nausées , en particulier à la station debout . Aucun antécédent médical notable en dehors d'une diphtérie à 9 ans .

Examen clinique : fosse lombaire gauche douloureuse . T.A. 12,5/7 . R.A.S. d'autre . Urée 0,32 . E.C.B. urinaire : cristaux d'oxalate , pas de pus ni germe .

U.I.V. : énorme hydronéphrose gauche avec rétrécissement de l'uretère à sa jonction pyélique . Pas de calcul .

C.R.O. le 2.5.57 : très volumineuse hydronéphrose barrée en avant par un pédicule vasculaire , composé d'une très grosse veine et d'une artère au dessus desquelles le bassinet est coudé. On soulève sur un écarteur le pédicule vasculaire et immédiatement on voit des contractions extrèmement intenses du bassinet et de l'uretère provoquant l'évacuation du bassinet en rétention . A la fin de l'intervention , le rein a l'air d'une grosse boule. La pédicule vasculaire qui croisait l'artère se trouve rapproché du pédicule vasculaire principal . Drainage de la loge rénale .

S.P.O. : pas d'antibiotiques . Suites normales , apyrétiques .

U.I.V. le 14.5.57 : montre un bon fonctionnement rénal .

Sortie le 15 ème jour .

Revue le 11.6.63 : sensibilité lombaire gauche à la fatigue , sans plus . Pas d'infection urinaire depuis l'intervention . T.A. normale . Urines limpides .

Observation n° A 3

Madame REN... Marcelle , 29 ans .

1947 , premier accouchement , douleurs lombaires .
De 47 à 51 , douleurs lombaires intermittentes . 1950 : appendicectomie .
E.C.B. : colibacilles . Traitement : Rufol .

1952 (clinique Saint-Joseph) néphropexie gauche .
C.R.O. le 7.4.52 : rein allongé , énorme , sur-distendu . On dégage soigneusement l'extrémité inférieure du bassinet et l'extrémité supérieure de l'uretère ; on y ressèque d'importants trousseaux fibreux . Néphropexie selon la technique de Marion .

Suites normales .

Le 12.9.52 , néphropexie droite .

C.R.O. : rein très allongé, lobulé comme un rognon de veau . Libération du bassinet et de la partie supérieure de l'uretère . L'abouchement U.P. semble libre . Néphropexie selon la technique de Marion . A signaler un petit abcès de paroi dans les suites opératoires .

Trois mois après , reprise des douleurs . Episodes de cystite .

Mai 1954 , néphrectomie droite .

De Mai 54 à Août 55 , épisodes de rétention purulente du bassinet gauche avec fièvre à 38° , cystite intense .

U.I.V. le 21.9.1955 : grosse dilatation pyélique gauche et calicielle plus modérée .

Hospitalisée dans le service le 6.10.1955 . Urée 0,25 , E.C.B. : leucocytes et colibacilles . Douleur lombaire gauche intense . Température vers 38° .

Pyélographie le 6.10.55 , confirme la grosse hydronéphrose avec obstacle sur la jonction P.U.

C.R.O. le 11.10.1955 : incision lombaire gauche sur la cicatrice. On ouvre en avant le péritoine très adhérant . Libération de la face antérieure du rein ; libération de l'uretère qui montre la face interne du bassinet volumineux . On décide de faire une anastomose latéro-latérale . Incision sur le bord interne du bassinet et externe de l'uretère . L'orifice P.U. est punctiforme . On passe une sonde urétérale trans-rénale , ce qui déclenche une hémorragie abondante (300 cm3) . On glisse la sonde dans l'uretère , elle traverse le rein et la peau obturée à l'extérieur puis suture pyélo-urétérale .

S.P.O. : Le 12.10.55 : 39°2 , frissons , pâleur et cyanose , douleur abdominale diffuse , permanente ; T.A. 6,5/4 , poul 130 . Transfusion de sang , Néosynéphrine .

Réintervention décidée devant une matité sus-pubienne avec ballonement abdominal et contracture nette . Douleur au Douglas .

C.R.O. : médiane sous-ombilicale . Présence d'air et de liquide purulent . Nettoyage du péritoine . Infiltration sous péritonéale descendant dans le petit bassin , fermeture pariétale , drainage . Réouverture de l'incision lombaire . On glisse un drain et on retire la sonde d'urétérostomie .

Le 13.12.55 : malgrè la réintervention et la réanimation , dècès de la malade .

C.R. nécropsique : épanchement d'urines dans le péritoine ; brèche péritonéale . La suture urétéro-pyélique est un peu désunie mais perméable . Urines dans la loge rétro-péritonéale .

Observation n° A 4

Madame ROS... Yvonne , 33 ans .

Avril 56 , douleur lombaire gauche avec nausée , sans fièvre , sans troubles urinaires .
En mars , la malade a maigri de 3 kg ; souffre toujours de lombalgies gauches .

U.I.V. : montre une ectasie pyélo-calicielle gauche et l'absence d'imprégnation urétérale .

Hospitalisée dans le service le 3.6.57 . L'examen clinique est normal . T.A. 12,5/7,5 , urée 0,30 , E.C.B. : pas de germe .

C.R.O. le 11.6.57 : le bassinet est de la dimension d'un gros oeuf dont il a la forme , extrèmement tendu . L'uretère est collé à sa face inférieure en faisant un siphon , accroché à la partie interne par le passage d'un gros pédicule artério-veineux . L'artère à 3 ou 4 mm de diamètre , elle est doublée d'une veine. Ponction du bassinet retirant 60 cm3 d'urine . Il n'y a pas de rétrécissement de la jonction P.U. On décide l'opération de HAMILTON STEWART , mais le rein est très dur et on ne peut le plier . Section du bassinet dans sa partie la plus large . On le

transporte en avant de l'artère et on le resuture par une série de points totaux circulaires séparés . Drainage par sonde de Cummings .

S.P.O. : Péni 1 M , Strepto 1 g pendant 10 jours . Suites très simples , apyrétiques . Pyélographie par la sonde le 11 ème jour , bon passage ; ablation de la sonde le 13 ème jour .

U.I.V. le 15 ème jour : bonne sécrétion .

Sortie le 18 ème jour .

U.I.V. le 5.7.58 : bonne sécrétion rénale morphologie normale , uretère visible .

Revue le 18.6.59 - U.I.V. : le bon résultat se maintient .

Très bon résultat .

Observation n° A 5

Monsieur BON ... Jean , 26 ans , fumiste .

Août 56 , douleurs lombaires gauches précédant une colique néphrétique gauche . E.C.B. le 22.8.56:normal .

U.I.V. : hydronéphrose gauche avec distension pyélo-calicielle importante .

Hospitalisé dans le service le 5.9.56 . Examen clinique normal ; T.A. 15/9 , urée 0,25 .

E.C.B. 6.9.56 : staphylocoque .

U.P.R. le 11.9.56 : hydronéphrose par sténose de la jonction P.U. .

C.R.O. le 19.9.56 : le rein est entouré dans une zone extrêmement dense de péri-néphrite . Hydronéphrose avec saillie importante de la face antérieure du bassinet au dessus d'un pédicule polaire inférieur où l'on aperçoit une artère battante . Section du bassinet au dessus de la jonction P.U. . Fermeture de la tranche pyélique . Réimplantation au dessus du croisement des vaisseaux polaires . Mise en place d'une grosse sonde urétérale sortant par la face postérieure du bassinet , plus sonde de Pezzer.

S.P.O. : Péni 1 M , Strepto 1 g . Suites opératoires simples .

15 ème jour , ablation de la sonde de néphrostomie . 17 ème jour ablation de la sonde urétérale . Sortie le 21 ème jour après U.I.V. de contrôle montrant un bon fonctionnement .

Revu un an après : va bien - sans nouvelles depuis .

Observation n° A 6

Madame PEL... Andrée , 51 ans , caissière .

Août 57 , douleurs lombaires gauches , violentes , avec vomissements . Pas de signe urinaire .

1er février 58 , violente douleur à gauche , vomissements .

U.I.V. : montre à gauche le refoulement et l'absence d'injection de la partie moyenne du bassinet . Le calice supérieur étant normal .

Hospitalisée le 6.3.1958 . Examen clinique : fosse lombaire gauche douloureuse . T.A. 15/7 . R.A.S. d'autre .

U.P.R. le 19.3.58 : injection d'un gros calice supérieur normal et d'une poche pyélo-calicielle inférieure distendue .

2 clochers thermiques à 39°5 dans les suites de cette U.P.R. .

C.R.O. le 29.3.58 : résection de la 12 ème côte . Le parenchyme rénal est assez épais . On trouve un bassinet et un uretère inférieur distendus au dessus d'une sténose . Cet uretère inférejoint plus bas l'uretère supérieur normal qui court à la face postérieure du bassinet inférieur . Un pédicule vasculaire croisant la face postérieure du bassinet inférieur n'entraîne aucune gêne à l'évacuation . Anastomose verticale du bassinet inférieur et de l'uretère supérieur sur 3 cm de long . Points totaux de catgut oo . Points séparés inversants sur sonde de Cummings sortant par le grand calice inférieur . Ligature de l'uretère inférieur .

N.B. : écoulement d'urines louches à l'incision du bassinet .

S.P.O. : Péni 1 M , Strepto 1 G . Le 16 ème jour , pyélographie par la sonde . Fonctionnement normal . On enlève la sonde .

Le 20.4.58 , sortie de la malade . Les suites ont été apyrétiques.

U.I.V. le 28.6.63 : fonctionnement et morphologie normales du rein gauche .
Aucune douleur , urines stériles ; excellent résultat .

Observation n° A 7

Madame CHA... Simone , 25 ans , femme de ménage .

Antécédents : typhoïde à l'âge de 10 ans ; angines à répétition. Amygdalectomie .

1947 : salpingite avec cystite .
1953 : " colibacillose " .
Février 58 , douleur lombaire .

Hospitalisée dans le service le 16.7.58 . Examen clinique : fosse lombaire droite douloureuse . T.A. 12/7 .

U.I.V. le 27.6.58 : retard de sécrétion à droite . Ectasie calicielle .

U.P.R. droite le 10.7.58: ectasie pyélo-calicielle avec rétrécissement de la jonction P.U. , mais aspect un peu " flétri " des calices .

urée 0,15 , E.C.B. : absence de germe. ; culture négative .

C.R.O. le 26.7.58 : Gros rein flasque , d'apparence peu fonctionnelle , bassinet très dilaté . Rétrécissement de la jonction P.U. On pratique une anastomose latéro-latérale du bassinet et de l'uretère . Drainage par sonde urétérale sortant par néphrostomie.

S.P.O. : Péni 1 M , Strepto 1 g , pendant 4 jours . Fièvre à 38° jusqu'à l'ablation de la sonde le 14 ème jour . Sortie le 18 ème jour . Malade apyrétique .

7.11.58 : épisode fébrile , 39° -V40° , avec douleur lombaire droite .

U.I.V. : aspect un peu flétri des calices inférieurs .

9.12.58 : E.C.B : bacilles gram négatif - cure de diurèse .

25.10.60 : toujours des épisodes infectieux urinaires .

U.I.V. : aspect identique .

Réhospitalisée le 14.11.60 pour néphrectomie droite .

C.R.O. : adhérences importantes du rein et du bassinet . Néphrectomie sous-capsulaire . Suites opératoires simples .

Sortie le 10 ème jour .

Examen anatomo-pathologique du bassinet : le rein est atrophique avec un bassinet dilaté . Au niveau du rein, juxtaposition de plages normales et de régions transformées en tissu fibro-vasculaire , dans lequel ne persistent que de rares tubes dilatés . Nécrose interstitielle chronique sans lésion inflammatoire récente . Le bassinet est sub-normal . Au niveau de la jonction P.U. , la lumière rétrécie est toujours bordée d'un épithélium normal , mais le chorion est épaissi par une sclérose jeune infiltrée d'éléments inflammatoires et de petits foyers hémorragiques . La muqueuse est dissociée par cette sclérose .

Revue le 4.6.63 : sensibilité lombaire gauche ; hypertrophie compensatrice du rein gauche .

Observation n° A 8

Monsieur CHA... Bernard , 25 ans , magasinier .

Le 21.8.58 , à l'occasion d'un syndrôme douloureux abdominal , découverte d'une H.T.A. à 18/11 , avec altération du fonctionnement rénal : urée 0,55 . P.S.P. 15 % à la 70 ème minute .

U.I.V. : ectasie pyélo-calicielle bilatérale à nette prédominance gauche où le bassinet se moule sur le externe du psoas .

Hospitalisé dans le service le 9.10.58 .

U.I.V. le 14.10.58 : confirme l'hydronéphrose bilatérale vraisemblablement par anomalie de la jonction P.U. .

C.R.O. le 22.10.58 : lombotomie gauche . Très gros bassinet ; le rein est aisément libéré ; extériorisation partielle . Technique de FOLEY sans drainage .

S.P.O. : Péni 1 M , Strepto 1 g . Dans les suites opératoires , occlusion intestinale nécessitant le 31.10.58 , une deuxième intervention .

C.R.O. :médiane à cheval sur l'ombilic ; adhérence d'une anse ligaturée sur le facia-pré-rénal . Jéjunostomie de vidange par où sort un ténia . Une des zones d'adhérence a un aspect nécrotique. Résection de 20 cm de grêle . Suture en un plan à points séparés. Sur le facia pré-rénal , on dispose le grand épiploon . Fermeture sans drainage . Ouverture de la loge rénale par la cicatrice de lombotomie . Un peu de graisse nécrotique , pas de collection . Une lame . On monte une sonde urétérale facilement . Elle donne sous pression un liquide brun sâle . Une sonde vésicale .

Suites opératoires bonnes . Reprise du transit le 2.11.58 .

Le 13.11.58 , appendicectomie (appendice sain) puis montée d'une sonde urétérale droite car la douleur était liée à la distension rénale droite .

Suites opératoires fébriles : 38° - 39° .

Le 16.11.58 : épisode douloureux lombaire gauche .

Le 17.11.58 , on remonte une sonde de chaque côté , qui donne des urines putrides , la gauche surtout . La température revient à la normale .

C.R.O. le 6.12.58 : lombotomie droite avec résection de la 12 ème côte . Gros rein mou , d'aspect ficelé . L'uretère est dur , d'aspect inflammatoire . En disséquant vers le bassinet , on rencontre un gros pédicule vasculaire polaire inférieur . La jonction P.U. n'est pas sténosée , le bassinet dilaté est flasque . On libère complètement le rein pour faire une néphroplastie ; technique de HAMILTON STEWART . Montée d'une sonde urétérale droite et gauche et d'une sonde vésicale .

Suites opératoires , cette fois-ci , simples . Ablation des sondes urétérales ; la droite le 16.12.58 , la gauche le 20.12.58 . Arrêt des antibiotiques le 22.12.58 .

U.I.V. le 29.12.58 : sécrétion bilatérale à la 6 ème minute . Ectasie pyelique persistante à gauche mais les fonds de calices sont de nouveau concaves .

Sortie du malade le 31.12.58 .

Revu le 14.6.63 : pas de phénomènes douloureux ni infectieux .

T.A. 18,5/10,5 . Urines troubles .

Observation n° A 9

Madame DUC... Jeanine , 25 ans , couturière .

Hospitalisée le 3.8.59 , adressée par le Docteur AZERAD . Présente depuis quelques années , deux ou trois fois par an , des douleurs lombaires droites , le matin , qui cèdent dans la journée.

Le 15.7.59 , douleurs lombaires droites suivies d'un épisode infectieux avec frisson , 39°5 ; traitée par Tifomycine pendant 8 jours .

Le 25.7.59 , 39° , n'a plus de douleurs lombaire .

U.I.V. le 29.7.59 : à droite , retard de sécrétion avec images en boules bien visibles sur le cliché retardé et ectasie pyélique.

U.P.R. le 4.8.59 : rétrécissement de la jonction P.U. droite .

E.C.B. : cocci gram positif et bacilles gram négatif .
T.A. 11/6 , urée 0,30 .

C.R.O. le 8.8.59 : le rein est peu modifié ; le bassinet un peu distendu . Pas de rétrécissement vrai de la jonction P.U. , mais une coudure maintenue par des tractus fibreux . Libération de la jonction , élargissement par suture transversale d'une incision longitudinale (Fenger) . Sonde urétérale .

S.P.O. : Péni 1 M , Strepto 1 g , pendant 10 jours , puis Furadoïne . Le 5ème jour , la sonde est sortie et l'urine coule par la plaie . Le 8 ème jour , montée de sonde urétérale qui est laissée 8 jours .

Sortie de la malade le 20 ème jour , en bon état .

Revue le 9.10.59 - U.I.V. : stase au niveau du bassinet .

Le 12.4.60 : quelques douleurs lombaires gauches .

8.6.63 : pas de phénomènes infectieux , notamment durant la grossesse 60-61 . Pas de douleur ; urines limpides .

Observation n° A 10

Monsieur DUM ... Jean-Paul , 19 ans .

Douleurs lombaires droites avec contracture abdominale , fièvre à 38° .
Hospitalisé à l'Hôpital BICHAT . U.I.V. : retard de sécrétion gauche avec dilatation calicielle et pyélique .

Hospitalisé dans le service le 24.3.60 , à la suite d'une U.P.R. gauche du 18.3.60 qui montrait une hydronéphrose gauche avec sténose de la jonction P.U.

Dans les antécédents , on retrouve quelques crises douloureuses lombaires gauches , pendant une journée , depuis l'âge de 13 ans. E.C.B. : staphylocoque et bacilles gram négatif . Urée 0,35 , T.A. normale (12/6) .

C.R.O. le 26.3.60 : le rein est petit , court , avec un très gros bassinet . Il existe un pédicule polaire inférieur important . La jonction n'est pas rétrécie . Néphroplicature avec un ruban de catgut , difficile car le pédicule rénal est court .

S.P.O. : Péni Strepto , pendant 5 jours . Suites normales apyrétiques . Sortie le 15 ème jour .

Revu le 5.7.60 - U.I.V. : montre une amélioration fonctionnelle et morphologique rénale gauche .

Revu le 11.6.63 : souffre parfois , mais très rarement, de lombalgies gauches . Pas d'infection urinaire .

U.I.V. le 23.11.63 : très bon fonctionnement rénal .

Observation n° A 11

Madame ALI ... Denise , 21 ans .

Antécédents : prématurité (7 mois) , typhoïde , malformations congénitales du crâne , des pieds et des mains .
En 1958 , découverte d'une commitialité cérébrale idiopathique avec signes électro-encéphalographiques .

Début des troubles urologiques en septembre 1961 , par des douleurs lombaires gauches , à début brusque , irradiation descendante , avec dysurie . La crise cède en 15 jours .

U.I.V. le 16.11.61 : absence d'opacification du rein gauche sur tous les clichés .
T.A. 12/7 , E.C.B. ; culture : colibacilles , urée 0,30 .

U.P.R. le 13.12.1961 : vessie normale , grosse dilatation pyélo-calicielle avec coudure urétérale haute semblant fixée .

C.R.O. le 19.12.61 : résection de la 12 ème côte . Rein un peu distendu , blanchâtre ; parenchyme épais de ½ cm . Dégagement de l'uretère , du bassinet . On ne constate aucune sténose au niveau de la jonction pyélo-urétérale . Le bassinet est flasque, distendu . On l'incise , on le cathétérise facilement . On dissèque l'uretère assez loin vers le bas pour lui redonner un trajet rectiligne . On l'intube avec une sonde de Cummings .

S.P.O. : Coli 3 M , pendant 3 jours . Pyélographie par la sonde le 11 ème jour . Bon passage urétéral autour de la sonde , qui est enlevée le 18 ème jour .

Sortie le 15.1.62 (25 ème jour) . Les suites ont été apyrétiques .

Revue le 22.6.64 : quelques brûlures à la miction, mais l' E.C.B. est normal ; pas de germes . Surtout , l' U.I.V. du 20.6.64 montre une sécrétion normale dès la 6ème minute avec calicesfinset passage urétéral précoce .

Observation n° A 12

Madame GER... Marguerite , 56 ans .

Antécédents : phlébite à 23 ans post-partum , puis à 50 ans avec embolie pulmonaire .

Présente depuis 1946 , des épisodes de cystite avec pyurie , mais pas de douleur lombaire jusqu'en septembre 1962 : crise de colique néphrétique droite typique , sans fièvre .

E.C.B. : entérocoque .

Hospitalisée dans le service le 14.9.1962 : T.A. 14/8 - urée 0,30

U.I.V. : distension pyélique droite .

C.R.O. le 20.9.62 : Pas de résection costale . Le bassinet est distendu . La jonction P.U. paraît normale . Incision du bassinet ; rétrécissement de la jonction P.U. à l'explorateur à boule. Incision urétérale : on constate alors la présence , exactement au niveau de la jonction , à la partie toute supérieure de l'uretère , de plusieurs franges assez épaisses , non indurées , ne

saignant pas au contact , qui obliteraient partiellement cette jonction P.U. . Résection de l'uretère au ras des lésions et deux centimètres plus bas , reconstitution de la jonction P.U. à l'aide du lambeau en V , après avoir excisé la presque totalité du bassinet en laissant une bandelette de 1 cm le long du parenchyme rénal . Sonde de Cummings trans-rénale dont l'extrémité urétérale est poussée loin dans l'uretère .

S.P.O. : Coli 3 M , puis Tétracycline , Pindione . Ablation de la sonde le 18 ème jour , entrainant une poussée fébrile à 39°5 qui cède en 48 heures (hémoculture négative) .

Sortie le 17.10.1962 (26 ème jour) .

Revue le 21.11.1962 : urines troubles ; E.C.B. : staphylocoque doré . Traitement : Furadoïne , puis Tifocyme .

Revue le 5.12.62 : urines claires . T.A.O.

Le 27.12.62 : urines stériles .

U.I.V. le 5.3.63 : excellente sécrétion , morphologie pyélo-calicielle sub-normale . La malade ne souffre plus . Bon résultat .

Observation A 13

Madame SCH... Monique , 19 ans .

Antécédents : appendicectomie à 12 ans ; accouchement en septembre 63 .
Début des troubles au cours de la grossesse , en juin 63 : douleurs lombaires droites , très vives pendant trois jours . Aucun signe urinaire .
Août 63 : nouvel épisode douloureux , accompagné de fièvre .
Traitement : Tifomycine ; guérison en quelques jours .

Fin septembre 63 , après l'accouchement , découverte d'une tuméfaction du flanc droit .

urée 0,25 , T.A. 12/6 , E.C.B. : culture négative . Cystoscopie normale le 19.2.64 .

U.I.V. : montre une énorme hydronéphrose droite (aucune opacification après 1 heure 30) . Très grosse ombre rénale sur les clichés sans préparation .

C.R.O. le 24.4.64 : résection 12 ème côte . Bassinet énorme . La jonction P.U. est rétrécie sur 2 cm . Le parenchyme a une épaisseur de 5 mm environ . On repousse la néphrectomie qui était envisagée et on pratique une résection de la jonction P.U. du bassinet avec anastomose pyélo-urétérale sur le rein en place . Drainage par sonde de Cummings , sortant par le pôle inférieur du rein .

S.P.O. : Térramycine , Coli 3 M , Péni 3 M , pendant 6 jours . Mandelamine 4 c . Suites apyrétiques . Pyélographie par la sonde le 14 ème jour : Passage normal .

Sortie le 15.4.64 (20 ème jour) avec la sonde de Cummings qu'elle revient faire enlever le 5.6.64 (2 ème mois) .

U.I.V. le 21.10.64 : très vague imprégnation rénale au bout de deux heures .
La malade est enceinte . La T.A. est à 16/10 . Une néphrectomie est à envisager .

Observation n° A 14

Madame VER... Maria , 36 ans , sans profession .

1er janvier 58 , début des troubles par une crise de colique néphrétique gauche . Fait trois crises identiques en un mois , sans aucun trouble urinaire .

U.I.V. :montre une importante dilatation pyélo-calicielle .

Hospitalisée le 4.2.58 : antécédents : appendicectomie en 1947, deux grossesses et accouchements normaux .
Examen : paroi abdominale épaisse . T.A. 11/7 .

U.I.V. : images en boules à gauche . Importante dilatation pyélo-calicielle sur les clichés à trois heures puis 24 heures où l'on commence à voir l'uretère .

C.R.O. le 8.2.58 : résection de la 12 ème côte . Gros rein régulier , mou ; très gros bassinet et pédicule polaire inférieur important et veines de fort calibre . L'ensemble adhère au bassinet et se dernier fait hernie par dessus lui . Libération du pédicule et de la jonction P.U. qui est normale et consistante . On évacue le contenu du bassinet par ponction . Plicature du rein maintenu par un ruban de catgut passé deux fois . Technique de HAMILTON STEWART .

S.P.O. : Péni 1 M , Strepto 1 g . Suites opératoires simples .

U.I.V. le 24.2.58 : bonne sécrétion rénale .

Sortie le 27.2.58 .

Jusqu'en juillet 61 , présente de temps en temps des douleurs lombaires gauches .

Octobre 61 , souffre toujours .

U.P.R. le 4.10.61 : vessie normale , O.U.G. normal et grosse distension pyélo-calicielle gauche .

Réhospitalisée le 13.11.61 .

C.R.O. le 16.11.61 : reprise de la précédente incision . Rein globuleux , bosselé , adhérant à la paroi du péritoine . Il est très difficilement dégagé . Ouverture accidentelle du péritoine qui est suturé immédiatement . L'uretère est suivi jusqu'à son abouchement au bassinet ; il est recouvert de feuillets fibreux. On décide une réimplantation de l'uretère dans le bassinet sur sonde de Cummings .

Suites opératoires apyrétiques jusqu'au 29.11.61 où la malade fait une poussée thermique à 39° . E.C.B. : enterocoque et pyocyanique . Traitement : Colimycine .

Apyrexie en 48 heures .

8.12.61 , pyélographie par la sonde qui déclenche une poussée fébrile et n'injecte pas l'uretère .

13.12.61 , U.P.R. gauche : n'injecte pas le bassinet .

Sortie le 16.12.61 . Urée urinaire , rein gauche : 5 g/l .

Réhospitalisée le 10.1. 62 .

C.R.O. le 16.1.62 : on reprend la cicatrice précédente . Le rein est adhérant à la paroi , au péritoine et au côlon ; ce dernier est lésé lors de la dissection et réparé . Néphrectomie .

Le 4 ème jour , fistule colique par la plaie : issue de matières.

La malade sort le 23.2.62 : la plaie suinte un peu mais sans matières.

Réhospitalisée le 9.10.64 pour réouverture de la fistule colique à l'occasion de diarrhée . Lavement baryté : sténose colique sous-jacente à la fistule .

C.R.O. le 22.10.64 : colectomie gauche avec anastomose termino-terminale et anus transverse sur baguette .

Histologie : tumeur inflammatoire .

Réhospitalisée le 15.1.65 :

C.R.O. le 5.2.65 : fermeture de l'anus . Suites : un petit abcès de paroi mais , la cicatrisation est rapidement obtenue .

Aucun trouble urinaire .

Observation n° A 15

Monsieur LAG ... François , 26 ans .

Hydronéphrose droite .

C.R.O. Février 53 : gros pédicule vasculaire anormal , croisant la jonction P.U. . Anastomose urétéro-pyélique et néphroplicature .

Revu deux ans après : va bien (U.I.V. faite) .

Observation n° A 16

Monsieur GIR ... Emile , 53 ans .

Colique néphrétique droite . U.I.V. : rein droit exclu . U.P.R. : hydronéphrose droite .

C.R.O. Avril 61 : hydronéphrose droite . Uretère filiforme mais jonction cathétérisée facilement . Elle est comprimée par des petites brides . On vide le bassinet et on pratique une simple intubation par sonde de Cummings .

1965 : n'a pas répondu au questionnaire .

Observation n° A 17

Monsieur COL... Alain , 19 ans .

Douleur lombaire droite .

C.R.O. Juillet 55 : existence d'un pédicule vasculaire anormal croisant la jonction , normale par ailleurs . Le bassinet au dessus est légèrement dilaté . Pyélotomie pour vérifier la perméabilité de l'orifice P.U. . Une néphropexie pour déplacer le pédicule vasculaire .

Revu 4 ans après : va bien .

Observation n° A 18

Mademoiselle SCH ... Anne-Marie , 14 ans .

Douleurs abdominales droites .

U.I.V. : hydrocalice inférieur droit .

E.C.B. : urines stériles .

C.R.O. 1959 : dilatation des calices inférieurs ; jonction P.U. normale . Néphrectomie polaire inférieure .

Revue en 1965 : ne souffre pas . E.C.B. stérile .

Bon résultat .

*

* *

P L A S T I E S

pour

H Y D R O N E P H R O S E et L I T H I A S E

Observation n ° L 1

Madame FOI ... Marie , 68 ans .

Depuis l'âge de 30 ans , crises nombreuses de coliques néphrétiques , pendant 15 ans . Puis rien pendant 10 ans .

Hospitalisée le 27.10.60 pour douleurs lombaires droites , sourdes depuis un an à irradiation descendante ; quelques hématuries jusqu'à son entrée .

U.I.V. le 29.10.60 : pas d'ectasie des calices . Bassinet dilaté . Un calcul rond pyélique ; uretère bien injecté.

C.R.O. le 5.11.60 : résection costale . Grosse péripyélite . Bassinet dilaté . Repérage de l'uretère . Ablation d'un calcul mobile non obstruant . On décide de faire une opération plastique à cause de la dilatation et d'un petit rétrécissement de la jonction P.U. . FOLEY , sonde de Cummings par le bassinet .

Calcul : phosphate de Ca .
Ca : 96 mg
Mg : 30 mg
P : 39 mg

S.P.O. : Péni 1 M , Streptо 1 g .

Ablation de la sonde le 21.11.60 .

Sortie le 26.11.60 après des suites simples ,apyrétiques .

1965 : a écrit (réponse au questionnaire) : va bien , ne souffre pas ; urines claires . Pas d' U.I.V. .

Observation n° L 2

Monsieur SEH ... Armand , 29 ans .

Entre le 21.11.59 pour hématurie terminale . T.R. : prostato-vésiculite droite régressant sous traitement .

En octobre 59 , nouvelle hématurie terminale isolée . T.R. : R.A.S.

E.C.B. sur le jet d'urine :après massage prostatique : staphylocoque .

Cystoscopie : vessie saine . Orifices urétéraux normaux . Oedème inflammatoire du col .

20.10.59 : 4 calculs à droite (un dans le bassinet , 2 caliciels inférieurs , 1 dans le calice moyen) .

U.P.R. le 3.11.59 : dilatation du bassinet et des calices . Implantation haute et rétrécie de la jonction P.U. .

C.R.O. le 28.11.59 : résection de la 12 ème côte . Rein un peu gros , non entièrement dégagé . L'uretère est repéré et suivi jusqu'au bassinet modérément distendu . Intervention de FOLEY . Extraction de 3 calculs sur 4 . Les manoeuvres intra-rénales déclenchent un saignement assez important . On abandonne le 4 ème calcul qu'on a pas senti au palper . Plastie de FOLEY sur sonde de Cummings .

S.P.O. : Péni 1 M , Strepto 1 g . Ablation de la sonde le 14.12.59 (16 ème jour) . Suites apyrétiques jusqu'au 21.12.59 : petit clocher thermique à 39° .

Sortie le 2.1.60 .

Mai 1960 : fièvre à 39° , céphalées . Traitement Péni-Strepto . Albuminurie .

4.6.60 : montée d'une sonde urétérale et lavages à la solution G (5 1) . Poussée thermique à 40° . Hémoculture négative .

E.C.B. : bacilles gram négatif .

Traitement : Tifo-Péni 5 M . Chute thermique en 5 jours . Ablation de la sonde le 8.6.60 .

Sortie le 20.6.60 .

Pas de nouvelles depuis .

Observation n° L 3

Monsieur MAR...FRA... Eugène , 42 ans .

Souffre depuis le 25.6.60 : colique néphrétique gauche avec émission d'urines rougeâtres . Depuis , douleurs lombaires gauches persistantes . Une radiographie digestive montre une lithiase rénale gauche .

U.I.V. le 1.7.60 : rein en fer à cheval . Lithiase .

E.C.B. : staphylocoque . T.A. 10/6,5 .

C.R.O. le 19.7.60 : Incision sur la 11 ème côte vers le grand droit . Décollement sous péritonéal . Tres gros bassinet comme une petite pomme , sous tension . L'uretère est implanté très haut et couché sur la face antérieure du bassinet . Incision face antérieure du bassinet sous l'uretère . Extraction de 3 calculs caliciels . Contrôle radiologique . On complète le lambeau en V . Intervention de FOLEY . Sonde urétérale n° 12 (car la Cummings ne peut y pénétrer) , dans le bassinet par une contrincision . Une lame .

S.P.O. : temperature à 38° . E.C.B. : bacille gram négatif . Ablation de la sonde urétérale le 13 ème jour . Poussée à 39°6 . Le 8.8.60 , ablation de la sonde de néphrostomie .

16.8.60 , mise à plat d'une collection lombaire .

24.8.60 : ablation des sondes .

Sortie le 16.9.60 .

Revu en 1965 ; est venu à la convocation : ne souffre pas , urines claires ,
U.I.V. : bon fonctionnement bilatéral mais a récidivé un calcul caliciel gauche . Il y en a également un à droite .

Observation n° L 4

Monsieur FLO...Pierre , 40 ans , chauffeur .

Juin 55 , appendicectomie à la suite d'une crise douloureuse abdominale droite .
Janvier 56 , mars et juillet , crise douloureuse iliaque droite.

Lors d'un examen systématique , car il est donneur de sang , on découvre une albuminurie et une pyurie .

L'U.I.V. montre une hydronéphrose droite avec lithiase .

22.11.56 ; U.P.R. droite : hydronéphrose modérée avec rétrécissement de la jonction P.U.

Hospitalisé dans le service le 9.1.57 . R.A.S. à l'examen en dehors d'une obésité . T.A. 13/7 , E.C.B. négatif .

C.R.O. le 11.1.57 : résection de la 11 ème côte . Petite brèche pleurale qu'on oblitère par le diaphragme . Le rein est volumineux , le bassinet assez distendu ; l'uretère a une insertion dans la partie moyenne du bassinet . Incision pyélique , extraction de deux calculs , puis technique de FOLEY sur sonde de Cummings trans-rénale .

S.P.O. : Péni 1 M , Strepto 1 g . Poussée fébrile à 39° le quatrième jour , qui cède à la Tifomycine . Le 17 ème jour , pyélographie de contrôle et ablation de la sonde .

U.I.V. le 26 ème jour : montre une bonne sécrétion et morphologie normale bilatérale mais opacité lithiasique du bassinet droit.

9.2.57 : épisode grippal qui cède à la Péni+ Térra , en trois jours . Sortie du malade le 18.2.57 .

Examen des calculs : phosphate de Ca .

Réhospitalisé le 26.2.57 parceque son pansement est mouillé . Il reste trois jours mais le pansement est sec .

16.4.57 : le calcul a migré dans l'uretère .

U.I.V. le 21.9.57 : le calcul est toujours dans l'uretère au même endroit .

1962 : est réopéré pour son calcul urétéral .

1963 : hématurie qui fait découvrir un gros calcul coralliforme du bassinet droit .

1964 : réhospitalisé le 3.10.64 pour une lithiase coralliforme du rein droit .

C.R.O. le 8.10.64 : malade ayant déjà subit deux interventions à droite pour lithiase . Obèse . Reprise de l'ancienne incision. Péri-néphrite importante . Néphrectomie .

Suites opératoires simples .

Examen anatomo-pathologique ; il existe deux énormes calculs coralliformes avec cavités pyélo-calicielles distendues . On note également la présence d'un adénome cortical sans caractère de malignité .

Observation n° L 5

Monsieur GON...Jacques , 29 ans , calculateur .

Décembre 64 , crise douloureuse du flanc droit , étiquetée colique néphrétique , mais investigations biliaires négatives . Janvier 65 , crise identique aboutissant cette fois-ci , à l'élimination de calculs uratiques .

U.I.V. à l'hôpital FOCH : aurait montré , à droite , un retard important de sécrétion avec dilatation pyélo-calicielle et sténose de la jonction P.U.

Hospitalisé dans le service le 25.2.65 : bon état général , pas de troubles urinaires . T.A. 10/7 .

E.C.B. : culture entéroccoque ; pas de pyurie .

U.I.V. le 10.2.65 : très gros retard à l'injection du rein droit qui s'opacifie au bout de trois heures ; énorme distension pyélo-calicielle .

C.R.O. le 4.3.65 : 1°) U.P.R. : immédiatement pré-opératoire , montre une hydronéphrose importante avec nombreuses images représentant des calculs transparents .

2°) Lombotomie avec résection de la 12 ème côte . Dissection de l'uretère ; rétrécissement important de la jonction P.U. ; le parenchyme rénal est mince , ouverture du bassinet . Issue d'une grande quantité d'urine sous pression , claire , et d'une trentaine de calculs ronds d'acide urique . Lavage des cavités qui ramène encore quelques calculs . Résection pyélique discrète et plastie de la jonction par un lambeau de rotation prélevé aux dépends de la face postérieure , donnant un élargissement correct de la jonction . Sonde de Cummings .

Examen anatomo-pathologique du bassinet : parois épaissies par une sclérose assez dense .

S.P.O. : Péni 3 M , Coli 3 M puis Térramycine .

10.3.65 , évacuation par la sonde de quelques petits calculs de la taille d'une tête d'épingle .

20.3.65 : urines claires , élimination de nombreux calculs . Lavages par la sonde .

12.4.65 : continue a éliminer dé petits calculs .

5.4.65 : pyélographie par la sonde : volumineuse ectasie pyélo-calicielle persistante . Encore quelques images en négatif de petits calculs . Ablation de la sonde le 8.4.65 .

Sortie le 12.4.65 .

24.4.65 : poussée fébrile à 40° , pyurie , douleur lombaire .

Réhospitalisé le 30.4.65 - U.I.V. : sécrétion très minime à droite ; cavités très dilatées .

Sortie le 7.5.65 avec un traitement antibiotique .

Réhospitalisé le 12.5.65 ; cystoscopie : pas d'éjaculation à droite . Urée urinaire;rein droit : 4, 40 g/l . On monte une sonde urétérale qui ramène des urines troubles .

C.R.O. le 20.5.65 : néphrectomie . En libérant le rein , on crève une des poches qui contient des urines purulentes . Le parenchyme est mince . Néphrectomie puis urétérectomie jusqu'à la vessie . L'uretère est normal , on ne sent pas de calcul .

Suites simples .

U.I.V. le 4.9.65 : bon fonctionnement du rein restant ; urines claires .

Observation n° L 6

Mademoiselle BEL... Danièle , 15 ans , étudiante .

Appendicectomie à 6 ans , angines à répétition ; découverte d'une albuminurie en 1958 .

Une U.I.V. pratiquée alors , montre une lithiase calicielle inférieure droite .

De 58 à 64 , n'en souffre pas . N'a jamais eu ni douleur ni hématurie .

Hospitalisée dans le service le 26.10.64 . Examen clinique normal . T.A. 11/7 .

U.I.V. le 23.7.64 : 4 calculs arrondis dans le calice inférieur et grosse ectasie pyélo-calicielle globale droite . L'uretère n'est jamais vu .

E.C.B. : pas de germe .

C.R.O. le 27.10.64 : incision pyélique . Les calculs sont situés dans un calice inférieur dont le collet est rétréci et on n'arrive pas à les enlever tous . Aussi se décide-t-on à faire une néphrectomie partielle polaire inférieure . Sur le bassinet , on pratique une pyéloplastie selon la technique de FOLEY-BISCHOFF . Sonde à demeure par urétérotomie externe .

Compte-rendu histologique : processus hydronéphrotique avec réaction inflammatoire aigue ou sub-aigue , n'ayant entraîné qu'un minimum d'altérations parenchymateuses .

Calculs : oxalate de calcium .

S.P.O. : Péni 3 M , Coli 3 M , pendant 6 jours , puis Furadoïne. Suites opératoires simples , apyrétiques . Ablation de la sonde le 10 ème jour . Sortie de la malade le 15 ème jour .

Revue le 20.2.65 : ne présente aucun phénomène douloureux . Urines limpides .

U.I.V. le 18.12.65 : bonne sécrétion bilatérale mais les calices sont encore bien arrondis . Passages urétéraux visibles .

U.I.V. le 29.12.65 : deux petits calculs caliciels inférieurs , mais bon fonctionnement rénal droit , avec jonction P.U. libre et uretère bien visible .
Urines stériles .

6.4.66 : un des deux calculs a été éliminé ; le deuxième est dans l'uretère juxta-vésical .

Observation n° L 7

Monsieur COT... Roman , 26 ans , étudiant .

Adressé de Roumanie pour lithiase bilatérale sur hydronéphrose infectée .

Hospitalisé dans le service le 13.2.63 .

Histoire de la maladie : depuis 1952 , douleur lombaire droite et gauche . Janvier 57 , hospitalisé lors d'une crise particulièrement douloureuse . L'U.I.V. montre une importante hydronéphrose bilatérale . Traitement : antibiotiques . Les urines s'éclaircissent , la pyurie réapparaît .

Avril 57 , pyéloplastie droite (Pr. BURGHELE) ; suites troublées par une infection à pyocyanique .

Octobre 57 , découverte d'une lithiase rénale gauche .

Juin 58 , pyélotomie gauche ; le bassinet est énorme ; extraction d'un gros calcul . Cure hydro-minérale : élimination de petits calculs , mais récidive à gauche .

Novembre 60 : néphrotomie gauche ; on extrait 12 calculs .

Des clichés montrent alors une lithiase du bassinet droit , tandis que la pyurie persiste .

Octobre 62 : blocage urétéral gauche . Montée d'une sonde urétérale .

Le malade est adressé alors dans le service .

A l'examen , contact lombaire gauche net . T.R. normal , E.C.B. entéroccoque et bacilles gram négatif , sensibles à la Kanamycine .

U.I.V. le 18.2.63 : énorme calcul stratifié du bassinet gauche , plus d'autres plus petits , avec grosse distension pyélo-calicielle en amont ; à droite , nombreux calculs ; pas de sécrétion visible .

C.R.O. le 28.11.63 : incision lombaire droite . Libération très progressive du rein entouré de pyélonéphrite et péripyélite très dense . Incision urétérale prolongée vers le bassinet . On extrait 6 des 7 calculs . Malgrè une heure de recherche et 4 radiographies per-opératoires , on ne peut découvrir le dernier petit calcul . On pratique une pyéloplastie avec un lambeau taillé dans la face postérieure du bassinet qu'on fait tourner vers le bas et que l'on suture à l'uretère . Sonde de néphrostomie .

Suites opératoires fébriles les 5 premiers jours .

Pyélographie par la sonde le 16 ème jour , puis ablation de celle-ci .

C.R.O. le 28.3.63 : pyélotomie gauche ; extraction de plusieurs calculs . Mise en place d'une sonde de Cummings trans-rénale./ La sonde est laissée 24 jours , car les urines sont très sales .

Sortie le 6.4.63 , apyrétique ; en bon état .

Est reparti en Roumanie .

Observation n° L 8

Monsieur POL ... Georges , 50 ans .

Mai 1957 , intervention en clinique pour rein en fer à cheval avec calcul coralliforme du rein gauche . On pratique l'ablation du calcul et la section de l'isthme .

Septembre 57 , crise douloureuse abdominale , 39° , vomissements. Traitement par les antibiotiques .

Février 58 , hématurie à répétition avec cystite . La cystoscopie est normale .

Avril 58 , U.I.V. : grosse dilatation des cavités gauches et une image opaque au niveau de L4 .

Episodes fébriles à répétition .

Hospitalisé dans le service le 4.8.58 . Examen à l'entrée : 38°8 le soir , T.A. 11,5 /8 .

Pensant à un calcul urétéral , on l'opère le 13.8.58 .

C.R.O. : l'uretère est suivi jusqu'au bassinet ; il n'y a pas de calcul .

Fuite urinaire par la plaie dans les suites . Montée d'une sonde urétérale le 17.8.58 au 20.8.58 , puis du 23 au 5.9.58 .

Sortie du malade le 22.9.58 en bon état .

U.I.V. le 15.10.58 : bonne sécrétion morphologique à gauche . A droite , par contre , image très floue avec grosse ectasie .

Réhospitalisé le 17.11.58 .

C.R.O. le 12.12.58 : incision lombaire . On repère l'uretère dans lequel on a monté une sonde . On trouve facilement le bassinet puis la jonction P.U. qui est recouverte par des brides inflammatoires . On ne peut que faire l'opération de DAVIS . On incise verticalement l'uretère dans toute la région rétrécie et l'on introduit la queue d'une sonde de Cummings que l'on fait ressortir par une contrincision du bassinet . Cette sonde sera laissée 6 semaines .

Suites opératoires simples . La sonde est bouchée et le malade sort avec le 8.1.59 .

Réhospitalisé le 26.5.59 pour état fébrile non modifié par les antibiotiques , avec troubles digestifs et douleurs abdominales .

A l'examen , large éventration sur la cicatrice à gauche .

U.P.R. droite le 29.5.59 : montre une lithiase pyélique importante avec grosse distension pyélo-calicielle au dessus . Il existe aussi une lithiase calicielle inférieure gauche .

E.C.B. : cocci gram positif résistant à tous les antibiotiques .

C.R.O. le 2.6.59 : incision transversale droite . Enorme rein pyo-néphrotique . On le ponctionne en plusieurs endroits et on réduit ainsi son volume en extrayant une grande quantité de pus . Ligature des différents pédicules . Néphrectomie .

Ouverture de la pièce : très volumineuse hydronéphrose avec concrétion calcaire .

Suites opératoires simples . La température revient à la normale.

Sortie du malade le 24.6.59 .

Revu le 26.1.61 - U.I.V. : les petits calculs caliciels inférieurs gauches n'ont pas bougé . Bonne morphologie et fonction du rein gauche .

U.I.V. le 16.7.63 : sans grand changement .

Va bien .

Observation n° L 9

Madame POU ... Augustine , 28 ans , dactylo .

1958 , une grossesse avec douleurs lombaires gauches , dans le post-partum . Depuis , quelques épisodes d'énurésie nocturne . 1961 , violentes douleurs lombaires gauches .

L'U.I.V. montre alors un calcul du bassinet gauche qui est dilaté .

Hospitalisée dans le service le 25.2.63 . Examen clinique : rein gauche palpable . T.A. 8/5 .

U.I.V. : grosse dilatation du bassinet . Lithiase pyélique .

E.C.B. : culture négative .

C.R.O. le 5.3.63 : très volumineux bassinet . Jonction urétérale rétrécie . Pyélotomie et extraction d'un calcul . Technique de BISCHOFF sur sonde de Cummings sortant par le grand calice inférieur .

Examen anatomo-pathologique du bassinet : musculeuse hyperplasique , avec sclérose étendue qui touche aussi la muqueuse et la sous-muqueuse . La muqueuse présente , en outre , une métaplasie paramalpighienneavec petitesvégétations papillaires .

Examen du calcul : oxalate de Ca .

S.P.O. : Coli-Péni , pendant 8 jours puis Furadoïne . Pyélographie par la sonde le 15 ème jour , qui est enlevée le 17 ème .

U.I.V. le 26.3.63 : bonne sécrétion rénale . Image habituelle de stase post-opératoire .

1965 : n'habite plus à l'adresse indiquée .

Observation n° L 10

Madame SFA... Lucie , 40 ans .

Début des douleurs en 1962 : douleurs diffuses , hypogastriques , à l'effort et à la fatigue , mal systématisées ; entraînant des radiographies diverses : vésicule , estomac , grêle , lavement baryté .

U.I.V. en Juin 62 : mettant en évidence une hydronéphrose droite .

Le 13.9.62 , opérée d'une ovarite kystique scléro-atrophique bilatérale et d'une petite hernie inguinale droite . Appendicectomie .
La malade continue à souffrir de même .

Mars 1963 U.I.V. : dilatation du bassinet droit . Deux calculs dans un calice moyen .

Hospitalisée le 10.5.63 . Bon état général , T.A. 12/7 , aucun signe urinaire , urée 0,35 , E.C.B. : entérocoque et bacilles gram négatif .

14.5.63 : aortographie par voie fémorale : pas d'anomalie vasculaire .

C.R.O. le 16.5.63 : bassinet distendu . Jonction manifestement rétrécie ; pas de vaisseaux anormaux . Technique de FOLEY - BISCHOFF . Sonde de Cummings . Ablation des deux calculs .

S.P.O. : Péni 2 M , Strepto 1 g , pendant 8 jours .
Pyélographie par la sonde le 11 ème jour . Bon passage urétéral .
Ablation de la sonde le 12 ème jour . Sortie le 13 ème jour ; les suites opératoires ont été simples , apyrétiques .

Examen des calculs : oxalate de Ca , phosphate de Ca .

Revue le 12.9.63 : va bien , urines limpides ; E.C.B. négatif .

U.I.V. : bon fonctionnement , le rein se vide normalement .

Observation n° L 11

Monsieur AZR ... André , 23 ans , étudiant .

1955 , douleurs de la fosse lombaire gauche , à type d'endolorissement , surtout le soir à la fatique , accompagnées d'une hématurie totale , abondante et capricieuse ; pollakiurie .

Hospitalisé à la Cité Universitaire en septembre 57 ; U.I.V. : calcul pyelique gauche et sténose de la jonction P.U. droite qui a été mise en évidence par des pyélographies .

Hospitalisé dans le service le 28.1.58 .

Antécédents : convulsions dans l'enfance , angines à répétition.
Examen clinique : A.M.G. , T.A. 13/7 , urée 0,50 , E.C.B. : nombreuses hématies , nombreux leucocytes , très nombreux bacilles gram négatif .

C.R.O. le 31.1.58 : résection de la 12 ème côte . Péri-pyélite intense ; le bassinet est distendu , la jonction P.U. est extrêmement rétrécie . L'uretère se termine dans le bassinet en une pointe où le diamètre du conduit a peut-être 2 mm . Incision pyélique postérieure . Extraction d'un gros calcul du bassinet . La muqueuse pyelique est tomenteuse avec fausses membranes. Opération de FOLEY sur sonde de Cummings sortant par le grand calice inférieur .

S.P.O. : Stropto 1 g . Suites simples . Pyélographie par la sonde le 12 ème jour . Ablation de la sonde le 14 ème jour . Sortie le 18 ème jour en bon état .

Analyse du calcul rénal : oxalate de calcium .

La calciurie est normale , la calcémie , phosphorémie et taux du magnésium semblent bien montrer qu'il s'agit d'une lithiase d'organe au dessus de la sténose de la jonction P.U. .

Revu le 6.3.58 , U.I.V. : bonne sécrétion , bonne évacuation .

Nouvelle U.I.V. le 26.4.58 .

A répondu au questionnaire de 65 : ne souffre pas , urines stériles . Une U.I.V. a été pratiquée qui montre un excellent fonctionnement du rein gauche . On lui aurait parlé d'atrophie de l'autre rein .

Observation n° L 12

Monsieur PIE... Germain ; 45 ans , patissier .

1952 , hématurie totale avec douleurs lombaires sourdes et bilatérales .
1953 , nouvelle hématurie douloureuse .
1954 , troisième hématurie amenant le malade enfin à consulter .

U.I.V. : rein en fer à cheval à concavité supérieure avec calcul du bassinet gauche .

Hospitalisé le 15.9.54 .

C.R.O. le 17.9.1954 : incision lombaire . Le calcul siège dans un calice inférieur et médian . Il est extrait facilement par pyélotomie . Section de l'isthme en passant des points transfixiants , noués de part et d'autre de l'isthme .

Examen du calcul : oxalate de calcium .

S.P.O. : R.A.S. . Sortie le 15.10.1954 .

Continue à souffrir : pesanteur de l'hypochondre gauche , douleurs lors de certains mouvements .

Décembre 54 : infiltrations locales de xylocaïne qui atténuent les douleurs (une dizaine d'infiltrations) .

Réhospitalisé le 26.2.55 pour douleurs lombaires gauches , violentes , permanentes .

U.I.V. : dilatation pyélo-caliciellе gauche .

U.P.R. bilatérale : ne montre pas d'obstacle urétéral .

C.R.O. le 1.3.55 : libération difficile de la face antérieure du rein qui adhère au péritoine . Néphrectomie en liant les pédicules vasculaires un à un , libérant l'uretère au bord inférieur de l'isthme sectionné au cours de la première opération .

Examen anatomo-pathologique : il s'agit de la moitié d'un rein en fer à cheval dont on peut voir les dilatations pyéliques correspondant à l'hydronéphrose . Il existe d'autres part , des infiltrats inflammatoires en plein parenchyme .

Observation n° L 13

Madame ANN ... Dina , 51 ans .

Octobre 61 , douleurs abdominales iliaques droites mais aussi lombaires gauches , vagues , sans irradiation .

U.I.V. février 62 : met en évidence une hydronéphrose bilatérale à maximum gauche , avec lithiase caliciellе inférieure gauche .

Apparition de métrorragies conduisant à une hystérectomie , en mai 62 pour pyo-salpinx et kyste de l'ovaire gauche .

Cette intervention amène une amélioration de l'état général, la disparition des douleurs abdominales, mais laisse persister des douleurs lombaires plus violentes, avec parfois véritables coliques néphrétiques. Quelques épisodes de cystite à colibacilles.

Hospitalisée à ROTSCHILD le 8.5.64. E.C.B. : entérocoque, pas de déficit fonctionnel rénal. Radio-cinéma urinaire le 9.5.64 : double hydronéphrose avec grande prépondérance à gauche où la jonction est filiforme.

Malade hospitalisée dans le service le 3.11.64 : bon état général aucune symptomatologie fonctionnelle. E.C.B. : culture négative.

U.I.V. le 10.11.64 : montre un calcul caliciel moyen gauche. bonne sécrétion bilatérale ; ectasie pyélo-calicielle importante à gauche. A droite, ectasie pyélique mais les fonds de calices restent bien arrondis.

C.R.O. le 12.11.64 : résection de la 11 ème côte. Le bassinet est très distendu et l'uretère s'insère à sa partie moyenne. Opération de FOLEY-BISCHOFF après extraction d'un gros calcul. Drainage par sonde urétérale n°14, sortant par une contrincision urétérale.

Examen anatomo-pathologique du bassinet : hyperplasie musculaire, épithélium bien conservé. Processus inflammatoire chronique.

S.P.O. : fébrile. Le 9 ème jour, douleur lombaire gauche avec poussée à 38°-40° et vomissements.

Le 23.11.64, ablation de la sonde urétérale. Pus par l'orifice cutané. La température reste entre 38° et 39° pendant 5 jours. Plusieurs tentatives pour monter une sonde urétérale échouent. Une pyélographie rétrograde montre un uretère libre.

Réintervention le 15.12.64.

C.R.O. : lombotomie. On découvre l'uretère au détroit supérieur : il est suivi de bas en haut et disséqué au milieu d'une zone inflammatoire étendue. L'uretère se termine dans une zone inflammatoire très dense et à la dissection il se rompt. On va alors le chercher à la sortie du bassinet. On constate que la pyéloplastie est désunie sur plusieurs centimètres de long. On libère l'uretère vers le bas et à l'endroit de la rupture, on pratique une suture termino-terminale entre les deux segments.

Une sonde de Cummings est placée dans la zone d'anastomose , le pavillon étant dans le bassinet et l'autre partie sortant par une contrincision du bassinet dans sa partie supérieure .

S.P.O. : Péni-Coli pendant 13 jours puis Négram 6 c/j .

Le 5.1.65 , on bouche l'orifice cutané de la sonde . La malade urine normalement . Elle quitte le service le 11.1.65 avec sa sonde de Cummings qu'elle doit conserver deux mois .

23.2.65 , réhospitalisée : pyélographie et ablation de la sonde . Petit épisode infectieux dans les suites .

6.3.65 , la malade quitte le service en bon état général .

U.I.V. le 3.3.65 montre une bonne sécrétion à gauche , mais une ectasie pyélo-calicielle notable .

Revue le 8.11.65 : a présenté plusieurs crises de colique néphrétique gauche avec élimination de calculs .
E.C.B. : pus à coli-bacilles .

U.I.V. : amélioration de l'évacuation du rein gauche , totale en deux heures . Traitement antibiotique poursuivi .

Observation n° L 14

Monsieur MOR ... Claude , 22 ans , contrôleur .

Juillet 62 , hématurie indolore , totale , apyrétique , qui récidive fin juillet .

3 ème et 4 ème hématuries en septembre et novembre .

Entre temps , petites douleurs lombaires bilatérales .

Hospitalisé le 24.11.1962 . Bon état général . R.A.S. à l'examen clinique . T.A. 11/6 .

U.I.V. : rein droit : aspect en boules des calices , retard au remplissage et à l'évacuation des calices .

C.R.O. le 27.11.62 : résection de la 12 ème côte . Le bassinet est globuleux et croisé à la jonction P.U. par un volumineux pédicule vasculaire : artères de 1 à 2 mm de diamètre et veine . Libération du bassinet . Dès que l'on a déplacé l'artère , le bassinet se vide par des contractions rythmées . Technique de FOLEY sur sonde de Cummings raccourcie et de petit calibre , sortant par une ponction du bassinet .

S.P.O. : Coli 3 M , Tifo 1 g 50 pendant 8 jours . Pyélographie par la sonde le 10 ème jour : bon passage urétéral . Ablation de la sonde le 14 ème jour . Sortie du malade le 20 ème jour après U.I.V. de contrôle du 14.12.62 , montrant un bon passage urétéral et une bonne sécrétion .

N'a pas été revu depuis .

Observation n° L 15

Monsieur TRA... Tader , 40 ans , sans profession .

Antécédents : appendicectomie en 1924 , déporté à Buchenwald (typhoïde) . Depuis 1930 , albuminurie .

1939 : crise de colique néphrétique avec émission d'un calcul .

1944 : traumatisme lombaire avec émission d'un calcul .

1946 : hématurie isolée .

1948 : colique néphrétique droite ; émission de 2 calculs .

1952 : E.C.B. : nombreux leucocytes , colibacilles .

U.I.V. le 23.6.53 : bonne sécrétion , mais image pôle , calcul arrondi , ovalaire , transversal , pyélique . Dilatation pyélo-calicielle importante .

Hospitalisé dans le service en juillet 53 .

C.R.O. le 27.7.63 : bassinet très dilaté , jonction P.U. entourée de péri-néphrite . Déchirure du bassinet par où s'écoule l'urine . On extrait le calcul . Section de l'uretère . Résection d'une partie de la poche pyélique . Réimplantation de l'uretère dans le bassinet en un point déclive, par deux valves suturées au catgut . Sonde de Cummings par le rein .

Examen du calcul : phosphate de Ca .

Le 3.8.53 : poussée thermique à 39° , pendant 48 heures .

Le 23.8.53 : nouvelle poussée thermique . Montée d'une sonde urétérale vidant une collection purulente .

Le 26.8.52 : la sonde tombe toute seule . On la remet en place .

Le 4.9.53 : poussée fébrile à 40° . Traitement : Tifomycine .

Le 17.9.53 : pyélographie droite : clichés illisibles .

Nouvelle poussée à 40° le soir et le lendemain .

19.9.53 , C.R.O. : néphrectomie secondaire . Il existe un abcès péri-rénal ; le rein est flasque . Néphrectomie sous-capsulaire facile .

22.9.53 : abcès de paroi qui coule pendant assez longtemps .

23.10.53 : sortie en bon état .

Observation n° L 16

Monsieur WER ... Jean , 50 ans .

1957 , pyéloplastie pour hydronéphrose droite , à Périgueux .

Jusqu'en 1960 , va bien . En 60 , commence à souffrir ; les U.I.V. montrent alors deux petits calculs au niveau des calices moyens du rein droit .

U.I.V. le 8.6.61 : montre les deux calculs et une ectasie pyélique et calicielle avec rétrécissement de la jonction qui est bien perméable . Retard à l'élimination .

Hospitalisé dans le service le 23.9.63 : examen clinique R.A.S. , urée 0,35 , E.C.B. normal .

C.R.O. le 24.9.63 : dégagement difficile du rein pris dans un tissu cicatriciel . Le bassinet doit être sculpté dans le tissu fibreux . Il est incisé difficilement et les calculs extraits . Il n'est pas possible de faire une plastie avec un fragment du bassinet . On fait donc une incision longitudinale de toute la zone sténosée et on met une sonde de Cummings dont la queue est

poussée dans l'uretère , que l'on ramène par quelques sutures , à son contact . Sonde sortant par néphrostomie et fermée , à maintenir un mois selon la technique de DAVIS .

S.P.O. :Puni 3 M , Coli 3 M , persistant 8 jours . Suites simples.
Sortie le 15.10.1963 .

Réhospitalisé le 31.10.63 : antibiothérapie ,lavages par la sonde. Pyélographie par la sonde le 8.11.63 : montre un bon passage . Ablation de la sonde le 22.11.63 , deux mois après l'intervention .

Sortie le 2.12.63 .

Revu le 7.4.64 , U.I.V. : montre un état satisfaisant .

Le 23.2.66 a eu une crise de colique néphrétique gauche , accompagnée d'émission d'un calcul .

Observation n° L 17

Monsieur FOR ... Amor , 37 ans , employé .

Douleurs lombaires depuis 10 ans , bilatérales .

1960 , douleurs lombaires gauches .

Découverte d'une lithiase calicielle gauche : trois calculs .

1963 : douleurs du flanc gauche .
U.I.V. : bonne sécrétion . Ectasie pyélique mais non calicielle; 3 calculs caliciels à gauche .

Hospitalisé dans le service le 10.1.64 . E.C.B. : bacilles gram négatif , sensibles au Nibiol et à la Kanamycine .

U.P.R. : rétrécissement de la jonction P.U.

C.R.O. : importante pyélectasie avec sténose de la jonction qui semble intrinsèque . Pas d'anomalie vasculaire . Technique de FOLEY , plus résection du bassinet . Drainage par sonde de Cummings . Le parenchyme rénal est mince , distendu mais valable .

Suites opératoires simples . Pyélographie par la sonde le 12 ème jour . Fermeture de la sonde qui est enlevée le 17 ème jour , ce qui entraîne une poussée fébrile cédant à la Kanamycine .

Sortie le 9.2.64 , en bon état .

Examen anatomo-pathologique de la jonction : sous un épithélium multi-stratifié para-malpighien , le chorion est tantôt discrètement fibreux , tantôt oedémateux , avec rares éléments lymphoplasmocytaires et quelques vaisseaux congestifs . La musculeuse , d'importance normale , est un peu dissociée par une fibrose . Inflammation sub-aigue discrète .

Réhospitalisé le 19.2.64 pour syndrôme fébrile à 39°-40° , avec urines louches . Hémoculture positive au pyocyanique , sensible à la Colimycine . N.F. : 34 600 globules blancs . Radiographie cliché standard : R.A.S. . Traitement : Kiron , Colimycine , Cortancyl 40 mg , entraînent la chute thermique en 5 jours .

U.I.V. : le rein gauche sécrète bien , mais se vide plus lentement qu'à droite , sans obstacle visible .

Le 5.12.64 : revient pour lithiase récidivante du rein gauche: gros calcul pyélique .

C.R.O. le 7.12.64 : reprise de l'ancienne incision , gangue de péri-urétérite . Ouverture de l'uretère . On introduit une pince à calcul coudée à travers la jonction P.U. : on fait saillir le bassinet que l'on ouvre alors . Extraction du calcul ; la jonction P.U. est vérifiée , très largement béante , mais les urines sont purulentes . Fermeture de la pyélotomie et de l'urétérotomie .

Suites normales apyrétiques .

Sortie le 23.12.64 .

Troisième hospitalisation le 25.5.65 pour calcul de l'uretère gauche .

U.I.V. le 12.3.65 : calcul de l'uretère gauche , à 3 cm de la vessie . Uretère bien injecté , jonction largement perméable .

C.R.O. le 28.5.65 : urétérotomie juxtavésicale . Le calcul remonte . Une radiographie per-opératoire permet de le retrouver plus haut . 2 ème urétérotomie . Sonde urétérale sortant par la verge , à travers une sonde vésicale .

Suites opératoires bonnes . Ablation des sondes le 9.6.65 .

Sortie le 16.6.65 en bon état général . Reprise de travail le 2.7.65 .

Revu le 30.9.65 : ne souffre pas ; E.C.B. : bacilles gram négatif et entérocoque sensible au Nibiol . U.I.V. : R.A.S. .

Observation n° L 18

Monsieur BUR ... Louis , 38 ans .

28.8.1958 : crise de colique néphrétique typique ; émission de calculs d'acide urique ; urée 0,35 .

U.I.V. : images en boules à droite ; uretère non vu .

U.P.R. : hydronéphrose droite avec sténose de la jonction P.U.

E.C.B. : pas de germe à l'examen direct ; culture : bacilles gram négatif et streptocoque .

C.R.O. le 21.10.58 : sujet gras . Abord du bassinet modéremment dilaté . L'uretère est grêle dans son premier centimètre . Dégagement de la jonction sans extérioration du rein . FOLEY sur la face interne du bassinet , catgut oo noué en dehors , prenant peu de muqueuse . Pas de drainage urinaire : l'incision supérieure est laissée ouverte . Une lame .

9.11.58 : urines troubles . Culture : bacilles gram négatif résistant à tout .

12.11.58 : point de côté , crachat hémoptoïque (petite embolie). Traitement : anticoagulants (Héparine - Tromexane) .

Sortie le 3.12.58 .

18.2.59 : U.I.V. : images en boules très nombreuses . Bonne sécrétion .

Observation n° L 19

Monsieur GUE... Saïd , 22 ans .

Hématurie totale , indolore , sans caillot , pendant 24 heures , en octobre 62 , puis novembre 62 .

Consulte le 15.12.62 : urines louches .

U.I.V. le 30.12.62 : hydronéphrose droite sur rein en fer à cheval avec lithiase calicielle inférieure droite . Bonne sécrétion rénale . Images en fleurs de muguet .

Cystoscopie normale .

U.P.R. à gauche normale , à droite , ectasie pyélique .

Culot : pas de germe .

C.R.O. le 12.2.63 : incision transversale de la 11 ème côte au bord externe du grand droit droit ; ouverture du péritoine . Décollement du côlon droit et duodénum ; abord de la face interne du rein droit . Le bassinet et les calices sont dilatés . L'uretère croise la face antérieure du rein . On le dissèque en dessous de l'isthme en remontant . Incision sur le bord inférieur du bassinet à la jonction avec le grand calice inférieur . Pyélotomie : extraction des calculs , taille d'un lambeau de FOLEY , sonde de Cummings par incision à la partie supérieure du bassinet , puis , par un orifice cutané spécial . Pas de section de l'isthme .

Suites opératoires normales (Péni 3 M , Strepto 1 g) .

27.2.63 , pyélographie par la sonde : bon passage .

Sortie le 9.3.63 .

24.4.63 : revu en consultation . Sécrétion et morphologie normales . Urines claires .

Pas revu depuis .

Observation n° L 20

Enfant ENG ... Joël , 7 ans .

Début des troubles en juillet 62 (à 6 ans) par : hématurie douloureuse . Hospitalisé à Bordeaux (Prf. LANGE) . Diagnostic: achalasie congénitale du collet , sans obstacle anatomique .

Opéré en août 62 : parenchyme très bon . Résection pyélo-urétérale (1/3 du bassinet , 1 cm d'uretère) , avec suture bout à bout . Néphrostomie + sonde urétérale intubant l'anastomose .

Résultats de l'U.I.V. et du radio-cinéma très satisfaisant en Avril 1963 .

Vu à Cochin en juin 1963 pour des troubles urinaires : cystite (brûlures à la miction , urines troubles) . E.C.B. : très nombreux leucocytes , bacilles gram négatif , sensibles à la Kanamycine ; cristaux de phosphates ammoniaco-magnésiens.

U.I.V. : 2 calculs du bassinet mais calices restant en cupule . Quelques passages urétéraux ; retard d'évacuation .

C.R.O. le 1.10.1963 : incision lombaire gauche . Libération d'adhérences . Bassinet entièrement intra-rénal , caché dans du tissu cicatriciel . Incision du bassinet , extraction de 2 calculs . Issue d'urines purulentes . Sclérose de la jonction P.U. Technique de DAVIS sur sonde de Cummings poussée assez bas et traversant le parenchyme . On rapproche l'uretère sur la sonde .

S.P.O. : analyse des calculs : phosphate de Ca , phosphate ammoniaco-magnésien .
Térramycine : 0,75 .
La sonde donne un litre par jour . Pas de troubles urinaires .
Sortie le 12.10.1963 avec Cummings à garder deux mois .

13.1.64 : revient pour ablation de la sonde de Cummings .

17.1.64 : revient car présente des brûlures à la miction , un écoulement par l'orifice de néphrostomie .

20.1.64 : U.I.V. : bonne sécrétion ; calices en boules ; uretère dilaté sauf vers la sacro-iliaque . Le bout de la sonde de Cummings est resté dans le bas uretère .

C.R.O. le 28.1.64 : corps étranger de l'uretère gauche . Incision iliaque gauche , décollement du péritoine ; abord facile de l'uretère à travers lequel on sent la sonde . Extraction ; une petite suture . Vérification de l'uretère : pas d'autre corps étranger ni calcul .

26.4.65 , revu en consultation : bon état général , quelques entérocoques à l' E.C.B. .

U.I.V. : calices normaux , petit passage urétéral visible .

Observation n° L 21

Monsieur HEI ... Henri , 43 ans .

Début des troubles urinaires en décembre 1961 par une hématurie. Puis deux crises de coliques néphrétiques droites en janvier 62.

U.I.V. le 2.1.62 : montre deux calculs : l'un du bassinet , l'autre du calice inférieur droit . Aucune ectasie de l'uretère est visible .

Opéré à PEAN le 20.1.62 : on n'aurait trouvé que de la boue .

Après une cure à Vittel , U.I.V. le 5.9.62 , qui retrouve les deux calculs , dont le pyélique a migré vers la jonction avec images en boules des calices . Le malade est adressé dans le service le 17.9.62 .

Antécédents d'appendicectomie et de H.I.G.
E.C.B. : nombreux leucocytes , entérocoques.

C.R.O. le 27.5.62 : résection de la 12 ème côte droite . Espace sous péritonéal entièrement bloqué . Ouverture du péritoine , dissection du duodénum que l'on déroule . Un calcul est à la partie supérieure de l'uretère , séparé du bassinet par un genre de sillon , comme un collet assez serré . Libération du bassinet. Incision sur sa face antérieure ; incision longitudinale sur l'uretère au dessous du collet que l'on respecte, sur la face interne de l'uretère . Extraction d'un calcul (oxalique) . Fort ressaut à l'explorateur à boule au niveau de la jonction . Plastie en Y - V , sonde de Cummings trans-rénale , poussée dans l'uretère . Elle est plicaturée . Petite urétérotomie pour extraire l'extrémité de la sonde que l'on remet convenablement . Une sonde de Cummings traverse la paroi postérieure elle est fixée à la peau .

S.P.O. : dans la soirée , chute de T.A. à 8,5/5 .

28.9.62 : douleur abdominale de l'hypochondre droit . Défense ; nouveau collapsus tensionnel .

Réintervention le 28.9.62 : grande quantité de caillots ; pas de sang dans le péritoine . Le pôle supérieur et l'orifice de néphrostomie saignent . On enlève la sonde . On remet une Cummings (après avoir fait sauter deux points de la plastie) qui ressort par le lambeau en V , par une contrincision . Mêche + champ tétra au contact de la loge qui saigne . Sonde ouverte dans un bocal stérile .

2.10.62 : ablation du champ sous anesthésie général ; pas de suppuration ni d'hémorragie .

18.10.62 : pyélographie par la sonde : bonne étanchéité du bassinet et de l'uretère .

20.10.62 : petites précipitations par le drain : lavages solution G .

22.10.62 : ablation de la sonde .

26.10.62 : sort cicatrisé en bon état général .

Observation n° L 22

Monsieur CAR... Jean , 47 ans .

Douleur lombaire droite .

U.I.V. : rein en fer à cheval avec lithiase bilatérale et hydronéphrose droite .

C.R.O. Octobre 58 : ligature et section de l'isthme . Ablation bilatérale des calculs . Opération de FOLEY sur une sténose de la jonction P.U. droite . Sans drainage .

Revu 6 mois après ; a récidivé un calcul du côté de la plastie .

Perdu de vue depuis .

Observation n° L 23

Monsieur CLE... Robert , 46 ans .

Colique néphrétique gauche .

C.R.O. Juin 1957 : il existe un siphon au niveau de la jonction P.U. et une lithiase pyélique . Technique de FOLEY . Drainage par sonde de Cummings , pendant 8 jours .

Suites opératoires simples .

Revu 4 ans après : a présenté une crise de colique néphrétique qui a abouti à l'émission d'un calcul d'oxalate de calcium .

U.I.V. , normale .

E.C.B. : culture des urines stérile .

Observation n° L 24

Madame DES... Jeanne , 44 ans .

Douleur lombaire gauche .

E.C.B. , pas de germe .

C.R.O. Mai 1955 : au niveau de la jonction , il existe une gangue scléreuse péri-urétérale entraînant une sténose importante . Présence de calculs dans le bassinet . Ablation des calculs . Opération de FOLEY . Drainage par sonde urétérale sortant par néphrostomie .

Revue deux ans après : a présenté quelques épisodes fébriles , mais E.C.B. négatif ; U.I.V. : normale .

Observation n° L 25

Monsieur HAN ... Eric , 36 ans .

Troubles digestifs ; douleurs lombaires gauches alternant avec des crises de coliques néphrétiques , accompagnées de poussées fébriles .

C.R.O. 1956 : rein en fer à cheval avec lithiase pyélique gauche . La jonction est rétrécie avec l'explorateur à boules . Opération de FOLEY . Drainage par sonde de Pezzer de néphrostomie .

Revu depuis ; va bien .

Observation n° L 26

Madame LEZ ... Gilberte , 28 ans .

A présenté trois crises douloureuses lombaires gauches avec fièvre . A l'U.I.V. , hydronéphrose avec lithiase pyélique .

C.R.O. Octobre 1957 : on trouve une bride vasculaire qui ne semble pas comprimer la jonction , qui présente un rétrécissement intrinsèque . Ablation du calcul du bassinet . Opération de FOLEY , drainage par sonde de Cummings par néphrostomie .

Revue 7 mois après : va bien , ne souffre pas .

N'a pas été revue depuis .

Observation n° L 27

Madame SCZ... Léa , 43 ans .

Colique néphrétique gauche .

U.I.V. : hydronéphrose gauche avec lithiase .

C.R.O. mai 1957 : existence d'un pédicule vasculaire anormal avec saillie du bassinet au dessus . Extraction de calculs . Opération de FOLEY , drainage par sonde de Cummings par le bassinet . La veine anormale a été ligaturée et l'artère déplacée .

Revue deux ans après : bon résultat ; pas de récidive lithiasique.

Observation n° L 28

Monsieur MER... Auguste , 60 ans .

Douleur lombaire gauche et abdominale . Obésité .

U.I.V. : hydronéphrose gauche avec lithiase .

C.R.O. mars 1954 : ablation des calculs . La jonction P.U. est rétrécie . Opération de DAVIS sur sonde urétérale sortant par le bassinet .

Dans les suites opératoires , fait une fistule lombaire et une éventration lombaire . Récidive sa lithiase . Mauvais résultat.

Observation n° L 29

Madame PAT ... Ursuline , 43 ans .

Colique néphrétique gauche . Episode de cystite à colibacilles .

U.I.V. : hydronéphrose avec lithiase gauche .

C.R.O. 1948 : il existe un rétrécissement de la jonction P.U. . Ablation de calculs . Opération de FOLEY , drainage par sonde de Pezzer trans-rénale , plus sonde urétérale .

A répondu au questionnaire de 1965 : va bien , ne souffre plus , urines stériles .

Observation n° L 30

Madame MOG ... Louise , 45 ans .

Lithiase bilatérale opérée en 1934 , à gauche ; en 1937 et 47 , à droite .

U.I.V. : hydronéphrose droite avec lithiase .

C.R.O. Juillet 1958 : ablation des calculs . L'orifice P.U. est rétréci à l'explorateur à boule . Opération de FOLEY . Pas de sonde .

Suites opératoires ; coule pendant deux jours .

Revue trois ans après : urines stériles , le rein droit fonctionne bien ; petite éventration lombaire .

Observation n° L 31

Monsieur BLE... René , 30 ans .

Douleurs du flanc droit . U.I.V. : lithiase caliciellc et hydronéphrose .

C.R.O. Juin 1963 : 3 calculs ne peuvent être enlevés . Opération de FOLEY-BISCHOFF . Drainage par sonde de FOLEY par un calice .

Hémorragie post-opératoire . Lithiase résiduelle . Mauvais résultat .

Une néphrectomie est envisagée .

*

* *

N E P H R E C T O M I E S

pour

H Y D R O N E P H R O S E

Observation n° N 1

Monsieur LAS... Michel , 26 ans , contrôleur aux P.T.T

Février 1961 , colique néphrétique gauche pendant 8 heures . Les jours suivants : pollakiurie , dysurie mais ni hématurie ni pyurie .

U.I.V. le 2.3.1961 : aucune injection du rein gauche .

U.P.R. le 25.4.1961 : énorme poche pyélo-calicielle globuleuse au dessus d'un rétrécissement de l'uretère .

Hospitalisé le 23.5.1961 où l'on précise alors l'existence de douleurs abdominales violentes à l'âge de 2 ans , puis de 15 ans , puis de 24 ans , accompagnées cette fois d'infection urinaire avec pyurie (40°) .

A l'examen : gros rein palpable . T.A. 11/7 , urée 0,25 , E.C.B. : cocci gram positif .

C.R.O. le 29.5.61 : le rein apparaît comme une poche flasque sans parenchyme récupérable . Néphrectomie facile , puis à la demande du malade , appendicectomie par incision de Mac Burney.

Examen anatomo-pathologique : hydronéphrose avec sténose macroscopique de la jonction P.U. . Le parenchyme est réduit à une mince coque qui comprend une néphrite interstitielle , une néphro-calcinose .

S.P.O. : Péni 1 M , Strepto 1 g . Suites apyrétiques . Sortie le 10 ème jour .

Revu le 14.6.63 : R.A.S.

Observation n° N 2

Mademoiselle LAH... Mauricette , 21 ans .

Antécédents : angines , furonculose , colique néphrétique droite à 8 ans , appendicectomie à 15 ans .

Mars 1960 , opérée à DIJON (Docteur GAYET) pour une hydronéphrose droite par vaisseaux polaires inférieurs , bridant le collet P.U. . Ligature du paquet vasculaire anormal sans intervention sur le bassinet . Suites opératoires simples .

Octobre 1960 , l'U.I.V. montre un grand retard fonctionnel .

1 er Mars 1961 , épisode douloureux aigu de la fosse lombaire droite , de type colique néphrétique . 39° , traitement antibiotique .

U.I.V. le 3.5.61 : le rein droit est radiologiquement exclu .

U.P.R. du 19.5.61 : réplétion indolore , petit rein , poche pyélo-calicielle sans relief .

Hospitalisée le 23.5.61 ; T.A. 12/7 , a maigri de 4 kilos en un mois .

C.R.O. du 30.5.61 : résection de la 10 ème côte . La plèvre (qui adhère) est ouverte et refermée immédiatement . Dissection laborieuse d'un petit rein mou dont le pédicule artériel non battant est pratiquement obstrué . Néphrectomie .

S.P.O. : Péni 1 M , Strepto 1 g . Exsuflation d'un pneumothorax le lendemain et le surlendemain . Le troisième jour , le poumon est à la paroi . Suites simples en dehors de çà . Sortie de la malade le 22 ème jour .

Examen anatomo-pathologique : petit rein rétracté autour de cavités pyélo-caliciclles distendues , à paroi épaisse . Histologiquement , destruction complète de la corticale par un processus interstitiel sub-aigu . Médullaire sub-normale ; pas de néphro-calcinose .

Observation n° N 3

Monsieur DIF ... Paul , 39 ans , aide-soignant .

Hospitalisé le 2.8.61 pour grosse masse de l'hypochondre gauche que le malade a constaté lui-même depuis une quinzaine d'années .

Jamais de douleur . Urines normales .

A maigri de 11 kg récemment à la suite d'ennuis familiaux .

Examen clinique : grosse masse rénittente de l'hypochondre gauche donnant le contact lombaire .

U.I.V. : pas de sécrétion à gauche où il existe une opacité du flanc qui descend à mi-hauteur de l'articulation sacro-iliaque.

Urée 0,23 , T.A. 13/9 .

U.P.R. le 28.7.61 : hydronéphrose par obstacle au niveau de la jonction P.U.

Cystoscopie normale .

E.C.B. normal , culture négative .

C.R.O. le 10.8.61 : néphrectomie gauche pour énorme hydronéphrose . La masse a la taille d'une tête d'adulte . Ponction au trocard retirant 1 500 cm3 de liquide . Libération du rein ; néphrectomie sans histoire .

S.P.O. : Péni 1 M , Strepto 1 g . Suites apyrétiques normales. Sortie le 17 ème jour .

Examen anatomo-pathologique : destruction pratiquement totale du parenchyme réduit à une minuscule coque contenant encore des vestiges glomérulaires et des amas inflammatoires .

Revu le 6.6.63 : En parfait état .

Observation n° N 4

Madame NAU... Alice , 42 ans , fonctionnaire .

Antécédents d'angines à répétition avec douleurs articulaires.

1928 , appendicectomie ; 1929 , amygdalectomie ; 1942 , collibacillose lors d'une grossesse . 1945 , rhumatisme articulaire aigu avec atteinte cardiaque . 1950 , découverte d'une H.T.A. à 18 . 1958 , T.A. 23/12 , céphalées , traitement hypotenseur.

U.I.V. le 3.12.62 : volumineuse hydronéphrose gauche .

Hospitalisée le 11.1.1963 ; existence de lombalgies gauches . Insuffisance mitrale bien compensée , T.A. 17,5/10 . E.C.B. culture : enterocoque .

U.P.R. le 7.12.62 : montre une très grosse ectasie pyélocalicielle avec rétrécissement de la jonction P.U. . On décide la néphrectomie .

C.R.O. le 15.1.63 : résection de la 12 ème côte . Pas de périnéphrite . Le parenchyme est mou . Le bassinet est distendu et flasque . L'uretère ne semble bridé par aucune formation vasculaire conjonctive . Néphrectomie .

Examen anatomo-pathologique : très volumineuse hydronéphrose avec bassinet double . Dilatation kystique de certains tubes de BELLINI . Atrophie de la médullaire et de la corticale ; quelques infiltrats lymphocytaires interstitiels . Les glomérules sont assez peu altérés .

Revue le 29.3.63 : va bien , urée 0,25 . Cure à Vittel en 1964.

Janvier 65 : T.A. 14,5/8 , urée 0,30 , P.S.P. 70 % .

Février 66 : T.A. 14,5/8 , urée 0,25 , P.S.P. 75 % .
Demande encore une cure à Vittel .

Observation n° N 5

Monsieur DUP... Alfred , 66 ans , convoyeur .

Début des troubles en 1958 : douleurs lombaires droites , brutales , intenses , sans irradiation . 6 mois après , nouvelle crise mais plus atténuée .

Novembre 1960 , hospitalisé pour troubles urinaires ; une U.I.V montre un rein exclu . T.R. : grosse prostate lisse avec conservation du sillon médian . Pas de résidu vésical .

Opération de HRYNTSCHAK : adénome de 50 gr . Lors de l'intervention , on tente de monter une sonde urétérale pour pyélographie mais on ne trouve pas l'orifice urétéral droit .

De novembre 1960 à octobre 1961 , aucun trouble .
Le 4.10.1961 , l'U.P.R. est réussie et montre une grosse hydronéphrose droite avec rétrécissement de la jonction P.U. . Le produit ne s'évacue pas après deux heures .

A la suite de l' U.P.R. , poussée fébrile avec crise douloureuse droite à type de colique néphrétique . Traitement antibiotique : Tifomycine et Rufol .

Le 9.1.1962 , hospitalisation . T.A. 15/7 , urée 0,50 ,
E.C.B. : pus , bacilles gram négatif .

C.R.O. le 15.1.1962 : résection de la 12 ème côte . Néphrectomie laborieuse du fait du volume de l'hydronéphrose .

S.P.O. : Péni 2 M , Strepto 1 g . Dans les suites , suspicion de patite embolie pulmonaire . Traitement anticoagulant . Sortie du malade en bon état le 1.2.62 .

Revu le 11.6.63 : va bien , ne souffre pas , urines claires .

Observation n° N 6

Monsieur DUF... Jean , 31 ans , ingénieur .

Mars 1950 , crise douloureuse lombaire gauche , survenant le soir , devenant intolérable , accompagnée de vomissements . Aucun signe urinaire . Rythme variable des douleurs .

Mai 1951 , U.I.V. : retard de sécrétion du rein gauche , bassinet distendu , pas d'injection urétérale .

U.P.R. : distension pyélo-urétérale .

C.R.O. le 13.6.51 (service Professeur FEY) . hydronéphrose gauche par artère anormale polaire inférieure . Résection à distance de l'artère ; pas d'infarctus notable . Dégagement du bassinet et de l'uretère qui se contracte . Section des fibres nerveuses au niveau de la jonction . Ouverture du bassinet. Cathétérisme à l'aide d'une sonde n° 24 , qui passe facilement .

Revu le 30.7.1951 : ne souffre plus , urines claires ; est considéré comme guéri .

De 1951 à 1962 , 2 ou 3 fois , sensation de pesanteur de la fosse lombaire gauche dont une fois après avoir bu 10 litres de bière .

27.1.1962 : nouvelle crise analogue à celles qui ont motivé sa première intervention .

Le 29.1.1962 : hospitalisé dans le service . T.A. 14/7 , fosse lombaire gauche douloureuse , urée 0,45 , E.C.B. : pas de germe ; culture : négative .

U.I.V. le 1.2.62 : rein gauche muet , vague silhouette au bout d'une heure 30 .

U.P.R. gauche le 6.2.62 : grosse distension pyélo-latérale avec uretère très rétréci à la jonction pyélique .

C.R.O. le 9.2.62 : résection de la 11 ème côte . Il existe un croissant de parenchyme épais de 2 à 3 cm , coiffant une poche tendue d'hydronéphrose . Le décollement antérieur est difficile; on passe en sous-capsullaire . Au cours de ces manoeuvres , on perfore le bassinet ce qui donne plus d'aisance dans la libération du rein . Néphrectomie .

Ex. mon anatomo-pathologique : parenchyme rénal macroscopiquement normal , mais présentant histologiquement de nombreuses plages de néphrite interstitielle avec réaction globale , atrophie tubulaire et sclérose glomérulaire , ainsi que quelques foyers de néphrocalcinose .

S.P.O. : Péni 1 M , Strepto 1 g . Suites simples . Sortie le 15 ème jour .

Observation n° N 7

Monsieur CHAS... Claude , 25 ans , ingénieur .

Novembre 1961 , découverte , à la visite d'incorporation , d'une H.T.A. à 18/12 . Hospitalisé à BEGHIN: leucocyturie à 41 600 GB/mn , pas d'hématurie , pas d'albuminurie , épreuves fonctionnelles rénales normales.

U.I.V. : masse rétropéritonéale refoulant en avant et en dehors , le rein .

Examen clinique normal . Hospitalisé le 17.2.1962 .

L'examen des U.I.V. fait porter le diagnostic de kyste du rein gauche .

Urée 0,30 , E.C.B. : quelques staphylocoques .

C.R.O. le 20.2.1962 : résection de la 11 ème côte . Très volumineux kyste du rein d'au moins 15 cm de diamètre . On le ponctionne ; on évacue un liquide clair et on excise complètement la paroi kystique . Suture hémostatique du bord de la cavité intra-rénale .

Examen anatomo-pathologique : paroi fibro-musculaire lisse , revêtue d'un épithelium uni-stratifié et ne contenant aucune formation tubulaire . Aspect de paroi pyélique .

S.P.O. : Péni 1 M , Strepto 1 g pendant 8 jours puis Tifo pendant 5 jours . Suites apyrétiques , mais urines sanglantes . Le malade sort le 2.3.62 , la T.A. est à 15/9 .

Revu le 29.4.63 : la T.A. est toujours élevée . Le malade a été hospitalisé dans le service du Professeur MILLIEZ où une artériographie rénale a montré une thrombose de l'artère rénale supérieure gauche avec ischémie totale des deux tiers supérieurs du rein gauche . D'autre part , une T.A. qui est montée jusqu'à 22/14 . Une néphrectomie totale est proposée .

Réhospitalisé dans le service le 29.4.63 .

C.R.O. du 11.5.63 : reprise de la voie lombaire droite . Le pôle inférieur du rein est normal . La partie moyenne est sclérosée , le pôle supérieur est occupé par une grande formation " kystique " . En dégageant complètement le rein , on s'aperçoit que ce que l'on prenait pour un kyste , est , en réalité , une volumineuse hydronéphrose avec dilatation de l'uretère . Donc , duplicité pyélo-urétérale avec urétéro-hydronéphrose de la moitié supérieure , tiers moyen supérieur ; seul le pôle supérieur limité est d'aspect normal . On décide une néphrectomie totale à cause de l'hypertension et du peu de tissu restant sain , qu'il serait difficile d'isoler de la portion scléreuse sans risque artériel . Ligature du pédicule au ras de la surrénale (qui est d'aspect normal) , ligature et section des deux uretères . Une lame .

S.P.O. : suites opératoires normales . Sortie le 25.5.1963 . T.A. 14/6 .

Examen anatomo-pathologique : confirme l'hydronéphrose polaire supérieure avec sclérose mutilante de la région moyenne .

Revu en Juillet 1963 : (Professeur MILLIEZ) : la T.A. est à 17/12 .

Observation n° N 8

Madame HUG... Madeleine , 20 ans , employée de maison .

26.12.1961 , douleurs lombaires gauches irradiant dans le côté avec paroxysme . Température à 38° , dysurie avec pollakiurie . Aucun antécédent urinaire . Appendicectomie à l'âge de 5 ans .

Hospitalisée le 25.1.1962 : T.A. 12/6 , examen clinique normal, urée 0,25 .

U.I.V. : rein droit normal . A gauche , retard important de l'opacification . L'image du rein gauche est visible encore à la 24 ème heure .

U.P.R. gauche le 29.1.62 : vessie normale . Distension pyélo-calicielle modérée . Rétrécissement de l'uretère au niveau de la jonction P.U. .

C.R.O. le 8.2.1962 : résection de la 12 ème côte . Bassinet très dilaté et flasque . Pas de sténose apparente de la jonction . Deux pédicules dont un polaire inférieur . Néphrectomie .

Examen anatomo-pathologique : rein irrégulièrement atrophique par un processus de néphrite chronique interstitielle . Uretère partiellement sténosé par une sclérose de la sous-muqueuse .

Suites normales . Sortie le 2.3.1962 .

Revue le 4.10.62 : U.I.V. normale .

Observation n° N 9

Madame MER... Simone , 37 ans , infirmière .

Depuis l'enfance , crises douloureuses lombaires gauches avec 39° et vomissements au moment des crises . Mais pas d'hématurie ni de signes infectieux urinaires . Fréquence : une crise tous les deux ans qui dure deux ou trois jours .

1956 , crise à type de colique néphrétique . Hospitalisée à Tenon , service du Professeur PATEL . Ovariectomie gauche et hystérectomie sub-totale pour kyste de l'ovaire .

1958 , nouvelle crise violente .

U.I.V. : elle fait porter le diagnostic d'hydronéphrose congénitale (avec bonne sécrétion rénale) .

Le 3.4.62 , nouvelle U.I.V. montrant un rein gauche exclu .

Hospitalisée dans le service le 18.4.62 . Examen clinique normal , T.A. 13/7 , urée 0,30 , E.C.B. normal ; culture négative.

U.P.R. gauche le 20.4.62 : dilatation pyélo-calicielle avec sténose de la jonction P.U. .

C.R.O. le 26.4.62 : résection de la 12 ème côte . Rein atrophique , globulé , flasque . Néphrectomie facile .

Examen anatomo-pathologique : le bassinet distendu est bordé d'un épithélium parfois normal , parfois hyperplasique . Le rein est le siège de foyers de néphrite chronique interstitielle atrophique d'une sclérose des pyramides d'une néphro-calcinose très importante .

Suites opératoires normales et apyrétiques .

Sortie le 12 ème jour .

Observation n° N 10

Monsieur BAR... Albert , 47 ans ,

A l'âge de 12 ans , hématurie transitoire post-traumatique . Avril 1961 , hématurie totale , fébrile (39°) avec douleur de l'hypochondre droit . Traitement antibiotique .

Consulte à l'hôpital Cochin ; urines claires , fosses lombaires souples, indolores. T.R. normal . E.C.B. : pas de germe .

Cystoscopie normale .

U.I.V. le 20.4.61 : rein gauche exclu .

U.P.R. le 4.5.62 : énorme ectasie pyélo-rénale . Rétrécissement de la jonction P.U..

Hospitalisé le 24.4.1962 . Urée 0,35 , T.A. 12/8 , E.C.B. normal, culture négative .

C.R.O. le 26.4.62 : petite calote de parenchyme coiffant une grosse poche d'hydronéphrose . Ligature de l'uretère au dessous de la sténose, du pédicule . Néphrectomie .

Suites opératoires : abcès de paroi ouvert le 4.5.62 .

Le 10.4.62 : petite embolie pulmonaire . Traitement anticoagulant et Digitaline .

Le malade sort le 1.6.62 en bon état .

Observation n° N 11

Madame ROD... Jeanne , 71 ans .

Hospitalisée le 15.5.1962 . Présente depuis plus de 20 ans , des crises douloureuses de la fosse iliaque gauche avec des paroxysmes . Une pollakiurie sans dysurie , au rythme d'une crise tous les trois mois . Premières U.I.V. en 1960 .

U.I.V. le 17.11.1960 : met en évidence une volumineuse hydronéphrose gauche avec distension pyélo-calicielle ; un gros retard de sécrétion .

Le 13.5.62 , une crise identique avec 39° , motive l'hospitalisation . Examen : T.A. 15/6 , petit souffle systolique aortique, fosses lombaires souples , sensibles . Urée 0,30 , E.C.B. : bacilles gram négatif .

U.I.V. le 18.5.62 : image identique avec , en plus , deux petits calculs caliciels inférieurs .

C.R.O. le 1.6.62 : résection de la 12 ème côte . Le rein est petit et mou , difficile à cliver ; le bassinet est très dilaté. Néphrectomie facile .

Examen anatomo-pathologique : néphrite interstitielle irrégulièrement atrophique , avec distension des cavités pyélo-calicielles et infiltration inflammatoire prédominant sous la muqueuse pyélique .

S.P.O. : Coli 3 M , Pindione . Suites apyrétiques . Sortie le 21 ème jour .

Revue le 4.6.63 : il persiste une petite sensibilité lombaire gauche .

Observation n° N 12

Mademoiselle PER... Catherine , 16 ans .

Hospitalisée le 8.11.62 ; présente depuis plusieurs années , des douleurs abdominales .

U.I.V. du 7.11.62 : montre une énorme opacité de l'aire rénale gauche . Absence d'injection rénale .

A l'examen , contact lombaire .

U.P.R. le 12.11.62 : (en pré-opératoire immédiat) . Montre un refoulement de l'uretère gauche jusqu'au bord droit de L_1 , par une énorme masse gauche qui ne s'imprègne pratiquement pas.

C.R.O. : résection de la 12 ème côte . Le rein est énorme allant du diaphragme au pelvis . Il est distendu par une énorme hydronéphrose . Ponction , aspiration de près de 250 cm3 (il en sort également beaucoup à côté du trocart) . Le liquide est louche . Une fois vidé , le rein apparaît énorme , polylobé , flasque , réduit à une mince membrane sauf au niveau du pôle inférieur où existe un parenchyme plus épais . Le bassinet, très volumineux , est comprimé par un gros pédicule polaire inférieur , l'artère naissant directement de l'aorte . Il existe, de plus , une sténose pyélo-urétérale .Ligature des deux pédicules . Néphrectomie .

Examen anatomo-pathologique : dilatation pyélo-calicielle énorme avec congestion massive des capillaires de la médullaire et une zone d'infarcissement hémorragique sous la muqueuse pyélique , autour de laquelle , la médullaire est remplacée par une sclérose collagène jeune . De plus , existence de lésions diffuses d'endartérite oblitérante et quelques infiltrats interstitiels lymphocytaires dans la corticale par ailleurs relativement normale .

S.P.O. : Péni 1 M , Strepto 1 g , pendant trois jours . Suites normales , apyrétiques .

Sortie le 11 ème jour .

Observation n° N 13

Monsieur LAM... Jean-François , 73 ans .

Hospitalisé le 9.11.62 (adressé par le service du Professeur CONTE) , pour découverte d'une hydronéphrose gauche lors d'une U.I.V. systématique pour polyglobulie . A été hospitalisé à Saint-Antoine le 4.9.62 pour phlébite de la jambe gauche et pneumopathie aigüe qui s'est avérée être une embolie pulmonaire droite . Découverte d'une polyglobulie à 8 millions de globules rouges .

U.I.V. le 9.10.62 : rein gauche volumineux exclu .

U.P.R. gauche : grosse hydronéphrose par sténose de la jonction P.U. avec disparition du parenchyme rénal .

Urée 0,40 , E.C.B. urines : entérocoque ; N.F. 6 960 000 G.R. , 6 600 G.B. .

C.R.O. le 15.1.63 : grosse réaction péri-rénale inflammatoire, rendant la dissection du rein et du bassinet difficile . Ponction et vidange de l'hydronéphrose . Section d'une artère polaire inférieure volumineuse , vraisemblablement responsable de l'hydronéphrose . Section de l'uretère . Néphrectomie avec ligature de tous les éléments vasculaires . La pièce est réduite à une poche flasque sans parenchyme . Pièce envoyée à Saint - Antoine .

Examen anatomo-pathologique : importantes lésions de néphrite sub-aigüe avec sclérose glomérulaire , sclérose artériolaire systématisée , sclérose interstitielle . La jonction P.U. est très rétrécie mais la paroi n'est pas modifiée histologiquement.

S.P.O. : Erythromycine , Tromexane . Suites normales apyrétiques .

Sortie le 16 ème jour .

Revu le 20.4.63 : avec une éventration lombaire . Corset vu l'âge et le terrain .
La poly-globulie a régressé sans disparaître complètement .

Observation n° N 14

Monsieur RAZ ... , 23 ans , photographe .

Octobre 1962 , douleur brutale de la fosse iliaque gauche et de la région lombaire gauche , pendant une demi-heure .

Le 1er janvier 1963 , deuxième crise identique fébrile : 38°5 avec signes digestifs : vomissements .

Aucun antécédent urinaire . Hospitalisé le 3.1.63 dans le service du Professeur JUSTIN-BESANCON .

U.I.V. : pas de sécrétion à gauche ; la silhouette rénale est très volumineuse .

L'examen clinique : contact lombaire gauche , absence de testicule gauche .

U.P.R. le 25.1.63 : montre une énorme hydronéphrose, mais déclenche une fièvre à 39° , des vomissements . Le malade est passé dans le service où il est opéré en urgence le même jour pour état septicémique après U.P.R. d'une volumineuse hydronéphrose gauche .

C.R.O. : ponction du rein ramenant une urine trouble . La distension est surtout intra-rénale ; le parenchyme , bien qu'ayant par endroits gardé une certaine épaisseur , est flasque après vidange et il ne semble pas possible d'espérer une récupération . Néphrectomie facile .

Culture du liquide prélevé : bacilles gram négatif sensibles à la Colimycine .

S.P.O. : Coli 10 M , Péni 5 M , pendant 5 jours obtiennent la chute thermique et sont poursuivies encore une semaine à la dose de 5 M et 4 M .
Sortie le 10.3.1963 .

Examen anatomo-pathologique : macroscopiquement , énorme distension de toutes les cavités pyélo-calicielles avec parenchyme atrophique . Histologiquement , métaplasie malpighienne superficielle du bassinet , musculeuse hyperplasique avec hémorragies interstitielles. Infiltration inflammatoire interstitielle du parenchyme rénal .

Observation n° N 15

Madame RAM... Germaine , 57 ans .

Novembre 1962 , épisode de cystite , brûlures à la miction , pollakiurie .

Janvier 1963 , douleurs lombaires droites toute une nuit , 39°5. Une U.I.V. est alors pratiquée le 15.1.1963 : elle montre une très grosse distension pyélo-calicielle droite .

Antécédents ; un enfant mort-né , une césarienne . Aucune douleur lombaire avant celle qui a motivé l' U.I.V. .

Hospitalisée le 7.3.63 à la suite d'une U.P.R. montrant une énorme hydronéphrose droite (1.3.63) .

Urée 0,25 , E.C.B. normal , culture négative , T.A. 14/7 .

C.R.O. le 11.3.63 : libération de l'uretère qui est fin mais perméable , de la jonction qui est manifestement atrésique . Le rein est très distendu et il ne semble exister qu'une mince lame de parenchyme en regard des petits calices . Néphrectomie .

Suites opératoires normales , apyrétiques .

Sortie le 29.3.1963 .

Examen anatomo-pathologique : hydronéphrose avec atrophie presque complète du parenchyme rénal . Le bassinet présente une paroi atrophique dans laquelle ne persiste que la couche musculeuse atteinte de lésions dégénératives et l'épithélium pluri-stratifié . L'uretère présente une sclérose discrète de la sous-muqueuse .

Observation n° N 16

Monsieur RIB... Jacques , 28 ans , employé à l'A.P. .

14.7.1963 , douleur brutale , en coup de poignard de l'hypochondre droit . Vomissements , troubles du transit , fièvre à 38°5 .

Hospitalisé le 16.7.63 dans le service du Professeur LEGER . Région lombaire droite tendue et très douloureuse. 13 200 G.B., urée 0, 55 , E.C.B. : nombreuses hématies , culture négative . Traitement : Péni 3 M , Coli 3 M ;

U.I.V. le 19.7.63 : images en boules au niveau du rein droit apparaissant avec retard .

Le 20.7.63 , une sonde urétérale est montée pendant 36 heures; elle soulage le malade .

Transféré dans le service le 30.7.63 . 38°5 , douleurs lombaires droites entraînant l'insomnie , urines purulentes . Défense de la fosse lombaire droite . T.A. 13/9 , urée 0,30 .

Antécédent d'appendicectomie à l'âge de 13 ans .

C.R.O. le 1.8.63 : hydronéphrose droite infectée; néphrostomie. Pas de liquide dans la loge péri-rénale . Le rein est énorme , tendu par une collection . Ponction au trocard : urines franchement purulentes . Néphrostomie par sonde de Pezzer droite n°28.

S.P.O. : Péni , Coli puis Tifomycine . Suites opératoires favorables jusqu'au 10.8.63 , puis poussée fébrile à 39°5 . Urée urinaire rein gauche : 17,65 g/l , rein droit : 4,40 g/l . La sonde de néphrostomie se bouche par intermittence . 17.8.63 , remise en place d'une sonde de néphrostomie qui fonctionne normalement .

Sortie du malade le 30.8.63 .

Revient dans le service le 26.10.63 . On décide la néphrectomie.

C.R.O. le 31.10.63 : très importante péri-néphrite . Le rein est congestif , infecté , à corticale mince . On ne peut aborder le bassinet . Néphrectomie sous-capsulaire .

Examen anatomo-pathologique : distension des calices . L'épithélium pyélocaliciel repose sur un granulome inflammatoire . Dans la médullaire et la corticale du rein existe tantôt des traînées tantôt des modules inflammatoires avec quelques lésions de sclérose glomérulaire .

Suites opératoires normales .

Sortie du malade le 16.11.63 .

Revu le 28.11.64 . U.I.V. : bon fonctionnement du rein restant .

E.C.B. : quelques entérocoques .

Observation n° N 17

Madame CAN... Yvonne , 52 ans .

Hospitalisée le 6.2.1964 avec depuis un mois , une douleur de l'hypochondre gauche , température à 40° , une pyurie . Traitement antibiotique ayant entraîné une diminution des douleurs mais pas l'apyrexie .

U.I.V. le 25.1.64: absence de sécrétion du rein gauche même aux clichés retardés .

Urée 0,25 , T.A. 14/9 .

Aucun antécédent urinaire .

U.P.R. le 7.2.64 : montre une distension pyélo-calicielle au dessus d'une sténose de la jonction P.U. .

E.C.B. : entérocoque .

C.R.O. le 10.2.64 : hydronéphrose gauche probablement congénitale . Peu de périnéphrite . Le rein est tout petit et flasque. Néphrectomie facile .

S.P.O. : Péni 3 M , Coli 3 M . Suites opératoires apyrétiques . Sortie de la malade le 2.3.1964 .

Examen anatomo-pathologique : histologiquement , le revêtement des cavités pyélo-calicielles dilatées , repose sur un granulome inflammatoire lympho-plasmocytaire . Ces infiltrats atteignent le tissu interstitiel scléreux , tandis que le parenchyme rénal très réduit est représenté par des glomérules en pain à cacheter et des tubes atrophiques . En outre , on note une sclérose pariétale des vaisseaux . Hydronéphrose avec pyélo-néphrite chronique et atrophie rénale secondaire .

Va bien depuis .

Observation n° N 18

Madame POI... Andrée , 22 ans , institutrice .

Août 1963 , crise de colique néphrétique gauche , dure 2 à 3 jours . Septembre 63 , nouvelle crise identique . Puis , répétition des crises jusqu'en mai 64 .

U.I.V. le 20.6.64 : met en évidence une grosse hydronéphrose gauche avec retard de sécrétion important ; mauvaise imprégnation sur tous les clichés .

Hospitalisée le 7.7.1964 .

Pyélographie per-cutanée le 20.7.64 : met en évidence une énorme distension pyélo-calicielle gauche ; pas de passage urétéral.

urée 0,45 , E.C.B. : bacilles gram négatif et entérocoques , thricomonas .

C.R.O. le 20.7.64 : rein réduit à une fine lame de parenchyme entre d'énormes cavités excrétrices . Néphrectomie sans incident .

Examen anatomo-pathologique : la jonction P.U. est le siège d'une hyperplasie plexiforme . L'étude du rein montre essentiellement des lésions de néphrite interstitielle à point de départ pyélique sans retentissement vasculaire apréciable .

S.P.O. : Amplicill 1 g 50 pendant 8 jours . Suites opératoires normales apyrétiques .

Sortie le 10 ème jour .

Observation n° N 19

Monsieur PAR... Bertrand , 16 ans , étudiant .

Douleur de l'hypochondre droit en 1960 . Douleur étiquetée dyskinésie biliaire . Ces douleurs se reproduisent et gagnent le flanc droit , deviennent plus fréquentes . Urines claires . Albuminurie à 0,10 g/l , urée 0,40 , hématies/mn : 11 620 .

U.I.V. : absence d'opacification pyélique droite . Image de néphrographie avec gros rein . Artériographie rénale : les branches de division de l'artère rénale sont écartées avec mauvaise vascularisation du pôle inférieur droit et représentent environ 4 corps vertébraux . La corticale est fine .

Hospitalisé le 29.9.1964 . Masse lombaire droite donnant le contact lombaire . Aucun signe urinaire mais à l' E.C.B. , bacilles gram négatif ; T.A. 13/7 , urée 0,40 .

C.R.O. le 21.9.64 : résection de la 12 ème côte . Le rein est énorme , distendu par une quantité importante de liquide que l'on évacue au trocard . On peut libérer alors le bassinet qui est volumineux et auquel fait suite un segment d'uretère très rétréci . Néphrectomie .

S.P.O. : Péni 3 M , Coli 3 M . Suites normales .

Sortie le 12 ème jour . Le malade est reparti en Belgique .

Examen anatomo-pathologique : dilatation considérable de tous les calices sans remaniement inflammatoire important . Les cavités sont presque toutes bordées de leur épithélium dans lequel on note une congestion discrète , quelques infiltrats lymphocytaires disséminés , mais aucune tendance à la sclérose . Le parenchyme rénal est bien conservé , avec quelques infiltrats inflammatoires sub-aigus disséminés . Au niveau du bassinet , présence d'une minuscule lésion papilomateuse non infiltrante , classe I , groupe O . Aucun caractère de malignité .

Observation n° N 20

Madame DON ... Liliane , 28 ans .

Découverte, à l'âge de 6 ans , d'une cardiopathie congénitale : complexe d'Eisenmenger . Plusieurs épisodes broncho-pulmonaires avec dyspnée progressivement croissante .

Mai 1960 , douleur de la fosse iliaque droite irradiant vers les lombes . Diagnostic d'appendicite . Appendicectomie . Quelques jours plus tard , évacuation de quelques calculs .

Octobre 1960 , épisode de cystite avec douleurs lombaires droites , hématurie et émission de calculs .

Jusqu'en décembre 63 , plusieures crises de coliques néphrétiques avec émission de calculs .

U.I.V. le 11.1.64 : scoliose importante . Absence de sécrétion du rein droit ; le rein gauche est normal .

Une nouvelle U.I.V. montre que le rein droit est toujours exclu. Examen du calcul : acide urique .

Hospitalisée dans le service le 4.2.64 .

U.P.R. droite le 6.2.64 : vessie normale , reflux important . Arrêt de la colone opaque au niveau de l'articulation sacro-iliaque droite .

Nouvelle U.P.R. le 10.2.64 : le même reflus et arrêt du liquide de contraste au même endroit .

E.C.B. : culture négative . Urée 0,30 .

C.R.O. le 17.2.64 : le rein est dégagé complètement ; de taille normale , il est mou , avec bassinet flasque et gros uretères . Néphrectomie droite . Une heure après l'intervention , choc important , hémorragie par la plaie opératoire que l'on compense rapidement . On débride la plaie . L'hémorragie vient de la partie supérieure de la loge rénale . Hémostase .

Examen anatomo-pathologique : dilatation modérée des cavités pyélo-calicielles sans atrophie importante du parenchyme rénal. La taille du rein paraît normale . Histologiquement , sclérose interstitielle avec nombreux infiltrats lymphoplasmocytaires souvent médullaires autour des cavités pyélo-calicielles dilatées. Les glomérules sont presque tous altérés soit avec sclérose de la capsule de Bowmann , soit scléro-hyalinose complète. Hydronéphrose avec réaction de pyélo-néphrite .

S.P.O. : Péni 3 M , Coli 3 M , Digitaline et anticoagulants .

Suites assez simples . Sortie de la malade le 25 ème jour .

17.11.65 : hospitalisée dans le service du Docteur FAQUET , pour sa cardiopathie .

Observation n° N 21

Monsieur MAR... Bruno , 26 ans , électricien .

Avril 1953 , opéré d'une hernie inguinale bilatérale , à Belfort . Dans les suites , syndrôme d'orchite bilatérale laissant une atrophie testiculaire gauche .

Septembre 63 , douleurs lombaires droites , sourdes , permanentes , s'exagérant en décubitus .

En 1955 , troubles digestifs , traces d'albumine dans les urines . Appendicectomie en décembre 1955 .

En Décembre 56 , découverte d'une hydronéphrose droite .

Hospitalisé le 20.2.1957 . Examen clinique : atrophie testiculaire gauche ; fosse lombaire normale . T.A. 14/9 .

U.I.V. : très gros retard de sécrétion à droite avec vague imprégnation tardive de grosses cavités droites .

U.P.R. du 20.12.56 : montrait une énorme hydronéphrose droite .

Urée 0,30 , E.C.B. : pas de germe .

C.R.O. le 22.2.57 : très volumineuse hydronéphrose excessivement flasque avec des brides recouvrant la terminaison de l'uretère . L'état de distension du rein , l'infection qui avait été provoquée vraisemblablement par les cathétérismes urétéraux faits ailleurs , nécessitent une néphrectomie et interdisent toute intervention conservatrice .

Suites opératoires simples en dehors d'un petit hématome de paroi .

Examen anatomo-pathologique : nombreuses lésions dégénératives des tubes , infiltrats inflammatoires dans le tissu interstitiel ; la fibrose est modérée , interstitielle et péri-glomérulaire . La muqueuse du bassinet est le siège d'un infiltrat inflammatoire avec un amincissement de l'épithélium . Jonction P.U. ; oedème du chorion sous-muqueux avec un infiltrat important de la muqueuse et de la sous-muqueuse .

Observation n° N 22

Monsieur PEL ... Marcel , 44 ans , régleur sur machine .

A l'âge de 12 ans , crise douloureuse lombaire gauche , brusque, isolée . Plus rien jusqu'à l'âge de 26 ans : une blennorragie alors .

A 30 ans , appendicectomie ; à 32 ans , scarlatine ; à 44 ans, en novembre 55 , douleurs du flanc gauche à type de pesanteur, gênantes plus que douloureuses , irrégulières .

Février 56 , nouvel épisode douloureux lombaire .

E.C.B. urinaire : cristaux d'oxalate et d'urates , rien d'autre.

U.I.V. : absence d'opacification du rein gauche .

Hospitalisation le 23.4.56 dans le service à la suite d'une U.P.R. pratiquée le 9.7.56 , n'injectant que l'uretère jusqu'à la jonction P.U. .

Examen clinique : R.A.S. en dehors d'un noyau de l'épididyme droit . T.A. 12/7 , urée 0,30 , E.C.B. : culture négative .

Opéré le 27.4.56 .

C.R.O. : volumineuse masse rénale que l'on ponctionne : on retire 1 litre environ de liquide puriforme . Néphrectomie .

Examen anatomo-pathologique : hydronéphrose avec néphrite chronique qui détruit tout le parenchyme fonctionnel . Les tubes ont une lumière aplatie et leur épithélium est aplati en voie de dégénérescence .

S.P.O. : simples . Sortie le 14 ème jour .

Observation n° N 23

Mademoiselle HEM ... Simone , 14 ans .

Appendicectomie en 1950 ; au 7 ème jour , vive lombalgie droite, 39° , urines purulentes , vomissements . Traitement : Rufol et Strepto . E.C.B. : colibacilles .

De 50 à 53 , R.A.S.
1953 : crise douloureuse lombaire droite avec vomissements et dysurie . E.C.B. : pus , colibacilles ; pas de B.K.

U.I.V. : rein droit muet .

De 53 à 56 , R.A.S.

20.12.56 : douleurs lombaires , vomissements , 38° , dysurie .

Hospitalisée à l'Hôpital de Joigny .

U.I.V. le 21.12.56 : rein droit muet .

25.12.56 : pyélographie : énorme dilatation pyélo-calicielle droite avec sténose de la jonction .

Hospitalisée le 11.2.57 dans le service . Examen clinique R.A.S. T.A. 12/7 .

U.P.R. le 12.2.57 : confirme l'énorme ectasie pyélo-calicielle avec sténose de la jonction .

E.C.B. : colibacilles .

C.R.O. le 15.2.57 : résection de la 12 ème côte . Gros rein hydronéphrotique que l'on extériorise après l'avoir vidé partiellement . Ligature isolée de deux vaisseaux rénaux inférieurs. Néphrectomie .

Examen anatomo-pathologique de la jonction P.U. : calibre de l'uretère très étroit avec passage pyélo-urétéral filiforme . Il n'y a aucun infiltrat inflammatoire ni même oedème de la sous-muqueuse . Destruction quasi complète de la sous-muqueuse rénale .

Suites opératoires simples . Sortie le 6 ème jour .

Observation n° N 24

Monsieur FLO... René , 60 ans , mécanicien .

1952 , douleurs abdominales violentes , à droite (hypochondre et fosse iliaque droite) , déclenchéespar un voyage,mais pas de trouble urinaire .

Mars 1957 , deux crises de coliques néphrétiques typiques droites.

U.I.V. le 15.3.57 : absence d'opacification du rein droit ; image de néphrographie .

U.P.R. le 19.3.57 : ectasie pyélo-calicielle droite .

Hospitalisé le 8.4.57 dans le service ; examen clinique : obésité , urée 0,24 , E.C.B. staphylocoque .

C.R.O. le 10.4.57 : néphrectomie droite sans difficulté, pour hydronéphrose . Ligaturé séparée d'un pédicule polaire supérieur .

Examen anatomo-pathologique : le rein présente quelques réactions inflammatoires en rapport avec l'hydronéphrose . En plein parenchyme , il existe un très bel aspect d'adénome du rein , formant un cystadénome papillaire bordé par des cellules cubiques éosinophiles . Aucun caractère de malignité .

Suites opératoires simples . Sortie le 12 ème jour .

Observation n° N 25

Madame LAU... Berthe , 46 ans , vernisseuse .

Hospitalisée le 12.5.56 , dans le service pour hématurie . Antécédents : tumeur blanche du genou gauche traitée à Berck dans l'enfance .

Régulièrement suivie depuis . R.A.S. au point de vue tuberculeux.

1953 : douleurs lombaires droites , intenses , avec 39° , troubles digestifs . Radiographies de vésicule normales . Aucun signe urinaire .

Septembre 55 , hématurie indolore , totale pendant 2 jours . Récidive en février 56 .

U.I.V. le 3.4.56 : ectasie pyélocalicielle droite avec uretère très rétréci au niveau de la jonction P.U. , sur deux centimètres puis redevenant de calibre normal .

Examen clinique R.A.S. , T.A. 13,5/10 , urée 0,25 . E.C.B. : colibacilles , pas de B.K. , poumon R.A.S. , vitesse de sédimentation normale .

U.P.R. droite le 24.4.56 : confirme l'hydronéphrose importante avec le rétrécissement du haut uretère . La vessie est normale à la cystoscopie .

C.R.O. le 16.5.56 : résection de la 12 ème côte . Périnéphrite discrète rendant la libération du rein difficile . L'origine de l'uretère est dans un bloc scléro-inflammatoire . Néphrectomie en sectionnant l'uretère au dessous de ce bloc .

Examen anatomo-pathologique : hydronéphrose avec réaction inflammatoire chronique dans le parenchyme et la muqueuse pyélique . Le bassinet et l'uretère présentent quelques réactions inflammatoires sans aucun caractère de tuberculose . Au niveau de l'uretère , sclérose qui tend à la striction .

S.P.O. : simples , sans antibiotique , mais péri-phlébite variqueuse de la jambe gauche , traitée par anticoagulants .

Sortie le 16 ème jour .

Revue en Mai 1965 : R.A.S.

Observation n° N 26

Monsieur GIL... Fernand , 45 ans .

Décembre 1956 , hématurie totale abondante , isolée , qui disparaît le lendemain .

Cystoscopie le 19.2.56 : vessie normale , orifices urétéraux normaux .

Antécédents : coxalgie gauche à l'âge de trois ans , vagues douleurs lombaires à la fatigue . Urétrite non gonococcique 7 ans auparavant .

Hospitalisé le 15.1.57 . Examen génito-urinaire normal . E.C.B.: pas de germe ni de B.K. .

U.I.V. du 31.12.56 : image en boules calicielles gauches , grosse stase pyélique gauche .

U.P.R. gauche du 5.1.57 : grosse distension pyélo-calicielle gauche .

Opéré le 18.1.57 pour néphrectomie gauche .

L'examen anatomo-pathologique montre l'absence de lésion tuberculeuse .

Revu le 18.5.60 , U.I.V. : normale .

Aucun trouble clinique depuis l'intervention .

Observation n° N 27

Monsieur ROU... Jean-Baptiste , 31 ans , mécanicien .

Hospitalisé le 31.10.1952 . Présente depuis 6 ans , 4-5 crises de coliques néphrétiques par an et une hématurie récente . Aucun antécédent notable en dehors . T.A. 13/9 , examen clinique R.A.S. en dehors d'une obésité importante .

Cystoscopie le 5.11.62 : cystite .

U.I.V. le 6.11.52 : pas de sécrétion à droite .

26.11.52 épidydimectomie . Compte rendu histologique : inflammation banale .

U.P.R. le 4.12.52 : montre une énorme hydronéphrose droite .

Dans les suites , orchite droite puis bilatérale .

C.R.O. le 21.12.52 : néphrectomie droite . Extériorisation d'un volumineux rein au cours de laquelle le bassinet se rompt .

Examen anatomo-pathologique : hydronéphrose considérable avec infarctus rénal .

Suites opératoires simples .

Sortie du malade le 9.1.1953 .

Observation n° N 28

Monsieur BOU... Louis , 31 ans .

Malade présentant un long passé de douleurs lombaires surtout nocturnes avec poussées fébriles à 38°-39° , depuis 10 ans .

U.I.V. le 18.4.53 : retard de sécrétion . Très grosse ectasie pyélo-calicielle sur les clichés tardifs .

Pyélographie bilatérale le 22.4.53 : à droite , image normale , à gauche grosse hydronéphrose .

C.R.O. le 30.4.53 : libération difficile d'un rein bosselé , fixé par une intense péri-néphrite . Le bassinet s'ouvre au cours de ces manoeuvres . Néphrectomie .

Suites opératoires simples .

Examen anatomo-pathologique des lésions : glomérules atrophiques avec infiltrats banaux , diffus , interstitiels .

Observation n° N 29

Madame FRO... Georgette , 62 ans .

Hystérectomie à l'âge de 32 ans et appendicectomie . Hématurie à la même époque .

Hospitalisée le 16.7.53 à la suite de colique néphrétique gauche avec fièvre à 39° .

U.I.V. : retard de sécrétion à gauche avec calices en boules .

U.P.R. le 8.7.53 : montre une énorme dilatation pyélo-caliciel-le gauche , et entraîne une poussée fébrile à 40° pendant 5 jours .

C.R.O. le 23.7.53 : néphrectomie gauche . Lors du décollement on déchire le bassinet par où s'écoule une urine purulente .

Suites opératoires : retour de la température à la normale en 48 heures .

Sortie de la malade en bon état .

Observation n° N 30

Madame CHAR... Julienne , 45 ans , auxillaire S.N.C.F. .

Appendicectomie en 1948 . 5 grossesses .

Décembre 1952 , douleurs lombaire et iliaque droite modérées, pendant quelques heures .

Septembre 1953 , nouvelle crise identique avec urines troubles .

Hospitalisée dans le service le 10.12.53 .

U.I.V. du 30.11.53 : retard de sécrétion à droite .

U.P.R. droite le 4.12.53 : ptose rénale avec ectasie pyélo-calicielle droite .

E.C.B. : nombreux colibacilles .

C.R.O. le 16.12.53 : volumineuse hydronéphrose . Néphrectomie .

Examen anatomo-pathologique : très volumineuse hydronéphrose sans cause anatomique évidente sur la pièce examinée . Le bassinet est entièrement distendu d'une manière uniforme . Son volume est le double du reste du parenchyme .

Suites opératoires simples . Sortie le 14 ème jour .

Observation n° N 31

Monsieur MAE... Roger , 46 ans , électricien .

Hospitalisé le 12.5.54 en médecine, pour colique néphrétique gauche accompagnée d'hématurie .

U.I.V. : image rénale gauche non opacifiée .

U.P.R. le 9.7.54 : très volumineuse hydronéphrose avec sténose de la jonction P.U.

Hospitalisé dans le service le 19.7.54 . Examen clinique R.A.S., T.A. 12,5/7 .

C.R.O. le 23.7.54 : le rein est bosselé et flasque . Hydronéphrose importante . Presence d'une artère polaire inférieure . Néphrectomie .

Suites opératoires simples en dehors d'un abcès de paroi .

Sortie le 18.8.54 en bon état .

Examen anatomo-pathologique : hydronéphrose typique avec travées inflammatoires de pyélonéphrite .

Observation n° N 32

Madame BON ... Blanche , 64 ans , couturière .

Antécédents de pyélonéphrite gauche en 1920 , de colique néphrétique en 1939 . H.T.A. découverte en 1940 : 22 .

Décembre 1953 , douleur de la fosse iliaque droite .

U.I.V. le 12.3.54 : absence d'injection du rein gauche .

L'U.P.R. confirme l'hydronéphrose gauche .

Hospitalisée dans le service le 8.6.54 . Examen clinique : T.A. 22/12 .

Le 12.6.54 , néphrectomie gauche : le rein est petit , facile à libérer . Poids du rein , 24 g .

Examen anatomo-pathologique : il s'agit d'une hydronéphrose typique avec retentissement important sur le parenchyme rénal .

Suites opératoires simples . La T.A. est descendue à 15/9 et s'y maintient .

Observation n° N 33

Monsieur CAB... Ernest , 47 ans , employé R.A.T.P. .

Début des troubles en juin 1955 par dysurie et douleurs lombaires basses .

U.I.V. le 25.7.55 : ectasie pyélo-calicielle gauche .

U.P.R. gauche le 28.10.55 : montre une hydronéphrose gauche par obstacle au niveau de la jonction P.U. .

Hospitalisé dans le service le 9.11.55 . Examen clinique normal.

Urée 0,25 , E.C.B.:pas de germe , pas de B.K. , T.A. 13/7 .

C.R.O. le 15.11.55 : néphrectomie .

Examen anatomo-pathologique : hydronéphrose non inflammatoire banale .

Suites opératoires : hématome .

Sortie le 1.12.55 en bon état général et local .

Revu le 25.3.57 : U.I.V. normale .

Observation n° N 34

Madame ROC... Sacrée , 57 ans .

1945 , douleurs lombaires droites , par crises de deux à trois jours ; une à deux crises par an , avec poussée fébrile à 39° .

Hospitalisée le 3.3.55 dans le service à la suite d'une de ces crises .

Examen clinique normal . Urée 0,50 , E.C.B. : très nombreux colibacilles . T.A. 12/7,5 .

U.I.V. du 27.1.55 : grosse ectasie pyélo-calicielle droite .

U.P.R. du 10.2.55 : confirme une volumineuse hydronéphrose avec sténose de la jonction P.U. .

C.R.O. le 7.3.55 : énorme dilatation du bassinet auquel fait suite un uretère normal ; pas d'artère anormale . Néphrectomie .

Un abcès de paroi dans les suites opératoires .

Examen anatomo-pathologique : hydronéphrose avec infiltrats inflammatoires sans caractère particulier .

Sortie de la malade le 8.4.55 en bon état .

Observation n° N 35

Monsieur YOU ... Abdahla , 38 ans , manoeuvre .

Hospitalisé le 3.1.56 pour hématurie . Le 23.12.55 , violente douleur de la fosse iliaque droite , vomissements , 39° ,13 800 G.B. .

25.12.55 : appendicectomie .

On est frappé par un hématome rétro-péritonéal .

26.12.55 : nouvelle poussée à 39° et importante hématurie de sang noir , indolore , pendant trois à quatre jours .

Examen : grosse masse lombaire droite donnant le contact lombaire.

U.I.V. le 12.1.56 : grosse opacité de l'aire rénale droite , aucune sécrétion de ce côté .

U.P.R. droite le 14.1.56 : énorme hydronéphrose droite avec uretère filiforme à la jonction P.U. .

19.1.56 : néphrectomie droite . Résection de la 12 ème côte . En isolant le rein , on ouvre une énorme poche qui contient au moins 2 litres de liquide . Néphrectomie laborieuse .

Suites opératoires simples .

Examen anatomo-pathologique : importante sclérose de toute la région pyélique sans réaction inflammatoire notable . Atteinte rénale importante .

Observation n° N 36

Madame VER... Marcelline , 57 ans .

1933 , colique néphrétique droite . 1937 , néphropexie du rein droit .

Ne souffre plus jusqu'en février 1962 ; douleur lombaire droite , avec 40° , pas de troubles urinaires .

Hospitalisée le 15.9.1952 .

U.I.V. : grosse hydronéphrose droite .
Une pyélographie confirme le diagnostic .

E.C.B. : colibacilles .

C.R.O. le 19.9.62 : néphrectomie droite pour hydronéphrose .

Suites opératoires simples .

Observation n° N 37

Monsieur HAM... Robert , 25 ans , employé R.A.T.P. .

Mars 1960 : douleurs lombaires bilatérales à prédominance droite , 39° , urines troubles . L' U.I.V. à la R.A.T.P. montre un rein droit muet .

U.P.R. droite le 20.3.60 : énorme hydronéphrose droite .

Hospitalisé dans le service le 3.5.60 . Examen clinique R.A.S. , T.A. 13,5/8 , urée 0,35 , E.C.B. : entérocoque , pas de B.K.

C.R.O. le 12.5.60 : le rein est réduit à une fine membrane . Pas une goutte d'urine est retrouvée dans le bassinet . Néphrectomie droite facile .

Suites opératoires simples . Sortie le 10 ème jour .

Histologie : distension des cavités pyélo-calicielles avec atrophie du parenchyme périphérique , siège de néphrite interstitielle diffuse . Epaississement scléro-inflammatoire de la muqueuse du bassinet et de la jonction P.U. .

Observation n° N 38

Monsieur RIC... André , 24 ans , instituteur .

Découverte d'une albuminurie lors d'un examen systématique à l'armée .

3.1.59 : hématurie microscopique , azotémie 0,50 , le malade est réformé .

N'a jamais souffert . Antécédents de mastoïdites gauche puis droite et rhinopharyngites à répétition .

U.I.V. le 14.5.59 : rein gauche muet .

U.P.R. le 24.6.59 : volumineuse hydronéphrose avec sténose de la jonction P.U. .
Hospitalisé dans le service le 21.9.59 . E.C.B. : entérocoques et colibacilles . T.A. 11/7 , R.A.S. à l'examen .

C.R.O. le 23.9.59 : rein volumineux , mou et bosselé . Le bassinet est volumineux et saillant , l'uretère est grêle . On ne trouve rien au niveau de la jonction P.U. . Ponction du bassinet retirant des urines foncées , sales . Néphrectomie .

Suites opératoires simples . Sortie le 11 ème jour .

Examen anatomo-pathologique : dilatation importante des cavités calicielles avec amincissement considérable du parenchyme . Inflammation polymorphe sous épithéliale de la médullaire . La corticale est par endroits conservée et normale , le plus souvent elle est très mince .

Observation n° N 39

Mademoiselle MAI ... Lucienne , 59 ans ,

Apparition en 1943 , de douleurs lombaires gauches avec cystite et pyurie importante . Une U.I.V. alors pratiquée aurait montré un rein muet . Souffre par crise tous les deux ou trois mois . Le 10 juin 1959 , crise identique .

Hospitalisée dans le service le 6.7.59 . Examen clinique : éthylisme certain ; fosse lombaire gauche sensible , T.A. 13/6 , urée 0, 35 , E.C.B. : cocci gram positif .

U.I.V. le 9.7.59 : très gros retard de sécrétion à gauche avec distension pyélo-calicielle .

U.P.R. gauche le 17.7.59 : rétrécissement de la jonction P.U. avec uretère en siphon au dessous et distension pyélo-calicielle .

C.R.O. le 20.7.59 : rein petit , mou , avec bassinet volumineux . Néphrectomie .

Suites simples . Sortie le 6.8.59 .

Examen anatomo-pathologique : néphrite interstitielle sub-aigue avec sclérose glomérulaire ; dilatation des tubes contournés et inflammation importante .

Observation n° N 40

Monsieur MAR... Jules , 58 ans , garçon d'atelier .

Il s'agit d'un malade hypertendu de longue date qui , en mars 1958 , présente une douleur lombaire violente suivie d'hématurie pendant 24 heures .

Hospitalisé dans le service le 7.7.58 . A l'examen , hydrocèle vaginale . Voies urinaires basses normales , T.A. 25,5/12 .

U.I.V. : images en boules des calices du rein gauche avec bonne sécrétion . Il s'agit d'un rein en fer à cheval .

C.R.O. le 15.7.58 : incision transversale ressèquant l'extrémité de la 11 ème côte , passant au dessus de l'ombilic pour atteindre le bord externe du grand droit gauche . Refoulement du péritoine . Hydronéphrose gauche avec insertion gauche de l'uretère et rétrécissement de la jonction P.U. . Vu l'âge et l'hypertension , on décide la néphrectomie . Ligature des différents pédicules . Section de l'isthme . Au cours de l'intervention une poussée tensionnelle à 30 est tombée sous l'influence d'une injection de Régitine . On explore la surrénale droite , l'aorte est épaisse et athéromateuse .

Compte-rendu histologique : hydronéphrose , pas d'altérations vasculaires .

Suites opératoires simples . La T.A. est à 18/11 à la sortie du malade le 20 ème jour .

20.11.58 : hémiplégie nécessitant une hospitalisation (hôpital Tenon) .

Observation n° N 41

Monsieur GUI... François , 17 ans .

Hospitalisé le 17.12.58 pour crise douloureuse de l'hypochondre gauche depuis plusieurs mois , localisée , tous les mois environ . A présenté de telles crises de l'âge de trois ans à l'âge de sept ans , puis plus rien jusqu'à l'épisode actuel . Examen clinique R.A.S. , T.A. 13/7 , urée 0,30 , E.C.B. : R.A.S

U.I.V. : rein gauche muet .

U.P.R. le 17.12.58 : énorme poche pyélo-calicielle avec image de siphon de la jonction P.U. .

C.R.O. le 17.12.58 : résection de la 12 ème côte . Bassinet très distendu , on ponctionne un litre environ . Dissection du bassinet . Deux gros pédicules rénaux , l'un supérieur l'autre inférieur . Néphrectomie .

Histologie : la paroi du bassinet est représentée par un épithélium stratifié , un chorion oedémateux , comprenant plusieurs couches musculaires lisses , souvent altérées . Le rein par lui-même était normal .

Suites opératoires simples . Sortie le 10 ème jour .

Observation n° N 42

Monsieur ROS... Guiseppe , 24 ans .

1957 , douleurs de l'hypochondre droit , et lombaires droites avec vomissements pendant huit jours .

4 crises identiques en deux ans , Hospitalisé à Lariboisière le 2.8.59 pour l'une d'elles .

C.R.O. : appendicectomie le 3.8.59 : l'appendice est légèrement rouge .

25.8.59 : hématurie fébrile précédée de violentes douleurs lombaires droites .

E.C.B. : rares bacilles gram négatif .

U.I.V. le 27.8.59 : absence d'opacification du rein droit .

U.P.R. droite le 6.11.59 : montre une énorme poche succèdant à une jonction très fine .

C.R.O. le 17.11.59 : ponction du rein qui est réduit à une mince lamelle flasque (" sac de baudruche ") . Néphrectomie .

Histologie : volumineuse hydronéphrose avec atrophie périphérique du parenchyme , hyperplasie malpighienne du revêtement pyélique .

Suites opératoires simples . Sortie le 3.12.59 .

Observation n° N 43

Madame MOS... Christiane , 37 ans .

Appendicectomie en 1951 ; lors d'une grossesse en 49 , douleur lombaire gauche qui se reproduit 3 ou 4 fois dans les années qui suivent , avec vomissements . Puis , pendant 5 ans , les crises ont totalement disparu et la malade consulte en 61 pour une " grosseur " dans l'hypochondre gauche , isolée , non douloureuse .

U.I.V. le 23.2.61 : rein gauche exclu .

Hospitalisée le 21.3.61 . Examen clinique : rein gauche donnant le contact lombaire . Urée 0,30 , E.C.B. : R.A.S. , vitesse de sédimentation normale .

U.P.R. bilatérale le 24.3.61 : montre une lithiase pyélique avec obstacle à ce niveau et distension pyélo-caliciolle au dessus .

C.R.O. le 27.3.61 : énorme rein distendu , sous pression . Incision pyélique sur le calcul qui est extirpé , le rein se vide d'un demi-litre environ d'urine et il ne reste plus qu'une poche à parenchyme presque détruit . Néphrectomie .

Suites opératoires simples . Sortie le 20 ème jour .

Histologie : rein dilaté et flasque avec atrophie parenchymateuse , plages de sclérose interstitielle avec disparition des tubes .

On peut discuter dans ce cas , la lithiase sur sténose congénitale . Il est à souligner le silence clinique relatif dont s'est accompagnée la destruction rénale .

Observation n° N 44

Madame AND ... Hélène , 59 ans .

Hypertendue depuis une dizaine d'années (chiffres modérés de 16 à 18) . En 1963 , découverte fortuite , lors d'un examen médical de routine , d'une grosse masse de l'hypochondre gauche donnant le contact lombaire .

U.I.V. le 19.11.63 : à droite , bifidité rénale mais sécrétion et morphologie normales . A gauche , énorme opacité avec deux calcifications mobiles .

E.C.B. urinaire : R.A.S. , urée urinaire 21 g/l .

Hospitalisée dans le service le 16.1.64 .

Pyélographie per-cutanée le 20.1.64 : dessine une énorme hydronéphrose avec lithiase pyélique .

C.R.O. le 28.1.64 : énorme masse rénale rénittente , doublant un parenchyme réduit à une mince lame avec deux énormes poches sans rapport puisque la ponction évacuant la poche supérieure ne vide

pas la poche inférieure qui est évacuée par une deuxième ponction . Néphrectomie .

Suites opératoires simples .

Histologie : volumineuse hydronéphrose avec un calcul dans le calice inférieur et atrophie presque totale du parenchyme rénal. Le bassinet et les calices sont très distendus et présentent une sclérose inflammatoire du chorion . Les tubes sont dilatés . Il ne persiste que de rares glomérules complètement hyalinisés . Hydronéphrose avec atrophie rénale secondaire .

Observation n° N 45

Monsieur LEG... Paul , 33 ans , prêtre .

Août 64 , présente une hématurie totale de faible importance . 15 septembre , deuxième hématurie provoquée par une course en moto .

U.I.V. le 6.10.64 : montre de gros calculs pyélo-caliciels gauches .

Hospitalisé dans le service le 24.10.64 . Aucun antécédent particulier , R.A.S. à l'examen .

C.R.O. le 26.10.64 : résection de la 12 ème côte . Rein atrophique à travers lequel on palpe de gros calculs . Le rein montre que le bassinet est très distendu alors que l'uretère est fin . hydronéphrose primitive avec lithiase secondaire . Néphrectomie sans difficulté .

Examen du calcul : oxalate de Ca , phosphate de Ca et phosphate amoniaco-amnésien .

Examen anatomo-pathologique : un calcul occupe le bassinet très dilaté , deux autres occupent chacun des cavités aux pôles inférieurs et supérieurs . L'épithélium bordant les cavités est souvent altéré parfois complètement absent . Le parenchyme restant est aminci avec plages de sclérose . Les glomérules sont fréquemment scléreux . Hydronéphrose avec pyélonéphrite .

Suites opératoires simples . Les examens du bilan calcique sont normaux .

*

* *

H Y D R O N E P H R O S E S non O P E R E E S

Nos quatre observations concernent :

1°) un malade de 20 ans , psychopate , chez lequel il n'y avait ni infection urinaire , ni H.T.A. , ni signe évolutif à l' U.I.V. . Il est suivi par un psychiatre .

2°) Un malade de 45 ans , présentant une hydronéphrose modérée gauche avec bonne fonction . Les signes cliniques ne nous ont pas incité à l'opérer : les douleurs semblent en rapport avec une histoire digestive et il n'y a aucun signe évolutif sur les U.I.V. successives .

3°) Les deux autres observations concernent des malades de 76 et 78 ans qui présentent , l'un une hydronéphrose unilatérale , l'autre une hydronéphrose bilatérale importante . Ils n'ont pas été opérés vu l'âge et la bonne tolérance clinique .

*

* *

A N A L Y S E D E S O B S E R V A T I O N S

1 - Incidence du sexe : elle est résumée sur ce tableau .

	PLASTIES sans lithiase	PLASTIES avec lithiase	NEPHRECTOMIES	TOTAL
Femmes	59	10	20	89
Hommes	40	22	25	87

Il y a autant d'hydronéphroses chez la femme que chez l'homme (89 contre 87 cas) .

La lithiase associée est plus fréquente chez l'homme (22 contre 10 cas) .

2 - Age au moment de l'intervention .

AGE	PLASTIES sans lithiase	PLASTIES avec lithiase	NEPHRECTOMIES	TOTAL
De 1 à 10	1	1	0	2
11 à 20	19	1	5	25
21 à 30	29	10	11	50
31 à 40	29	6	8	43
41 à 50	13	11	8	32
51 à 60	8	2	8	18
61 à 70	0	1	3	4
71 à 80	0	0	2	2
TOTAL	99	32	45	176

Il faut souligner qu'il s'agit de la statistique d'un service d'urologie pour adultes . L'hydronéphrose est plus fréquemment découverte chez l'enfant que ne le montre ce tableau .

L'incidence des néphrectomies est à chaque âge sur ce tableau de 1 néphrectomie sur 5 hydronéphroses (du moins jusqu'à 60 ans) .

Ce chiffre doit être corrigé par le fait que les 39 malades de ville ont tous des pyéloplasties ; le rapport exact calculé uniquement sur les malades d'hôpital donne 30 % de néphrectomies d'emblée (41 néphrectomies vraiment d'emblée pour 95 pyéloplasties) .

Ce tableau montre que , si on excepte les âges extrèmes de la vie :

- l'enfant où l'on force les indications des pyéloplasties ,
- le sujet âgé où l'on pratique plus volontiers la néphrectomie ,

le rapport néphrectomies sur plasties est constant à tous les âges .

Ce qui tend à prouver que la volumineuse hydronéphrose avec atteinte fonctionnelle importante du parenchyme est constituée de longue date et que l'âge auquel on la découvre change peu le pronostic .

Sinon , la proportion de néphrectomies , c'est-à-dire de reins détruits , augmenterait avec l'âge (ce qui n'est pas le cas) .

3 - Le côté : sur les 145 cas analysés cliniquement , l'hydronéphrose siégeait à droite 70 fois ,
à gauche 69 fois ,
des deux côtés 6 fois dont 4 prédominant à gauche .

4 - Les signes cliniques révélateurs (sur 145) .

a) Douleurs

- colique néphrétique typique : 39 fois, associées généralement à des
- douleurs lombaires : 120 fois ,
- douleurs dans une fosse iliaque : 31 fois .

b) Troubles urinaires

- hématurie : 35 fois ,
- cystite : 55 fois ,
- albuminurie : 6 fois .

c) Tumeur lombaire : 16 fois ,

d) H.T.A. : 5 fois

e) Autres troubles : 3 fois .

5 - Signes radiologiques :

- rein totalement muet : 25 fois (tous néphrectomisés)
- très gros retard de sécrétion : 50 fois (dans la moitié de ces cas on a pu éviter la néphrectomie),
- images en boules des calices : 95 fois ,
- lithiase : 31 fois .

*

* *

A N A L Y S E D E S R E S U L T A T S

Il est très difficile d'analyser objectivement les résultats du traitement des hydronéphroses .

La multitude des paramètres (cliniques , radiologiques , étiologiques et techniques) , la difficulté de leur interprétation (souvent subjective) , rendent sujettes à critiques toutes les statistiques sur les résultats du traitement chirurgical , surtout quand le recul manque .

1 - Certains auteurs considèrent comme des succès les cas non aggravés par l'intervention , pensant avoir stoppé l'évolution de l'hydronéphrose . En fait , quand on connaît l'évolution spontanée très lente de certains cas , on peut douter de cette appréciation .

2 - D'autres , à l'opposé , ne considèrent comme succès, que les restitution-ad-integrum du rein : morphologie , fonction normales , urines stériles , absence de douleur . Ces chirurgiens, à notre avis , se condamnent , s'ils veulent avoir des succès , à n'opérer que des reins très peu malades ...

3 - Nous pensons que l'appréciation des résultats doit tenir compte , pour une grande part , de l'état antérieur .

Dans les grosses hydronéphroses infectées avec atteinte partiellement irréversible du parenchyme , on ne peut s'attendre à un retour à la normale de l'anatomie et des fonctions rénales .

La disparition de la stase et une amélioration morphologique notable de l' U.I.V. , peuvent être considérées alors comme un excellent résultat .

A l'inverse , une petite infection urinaire , une stase discrète doivent faire considérer le résultat d'une plastie pour petite hydronéphrose non infectée , comme mauvais .

En l'absence de possibilité de cotation chiffrée des différents paramètres , nous classons nos résultats en trois groupes:

1 - Les succès : le malade a tiré bénéfice de l'intervention .

3 critères ont de la valeur :
- les douleurs ont disparu ,
- les urines sont devenues stériles ,
- à l'U.I.V. , les fonds de calices sont concaves en dehors et l'uretère est visible .

Lorsque ces trois critères sont réunis de façon durable , nous classons nos résultats dans la rubrique : très bons .

Lorsque 2 des 3 sont présents (et que de toute façon la sécrétion rénale est bonne à l' U.I.V.) , nous les classons comme : bons .

2 - Les statuquo sont qualifiés de médiocres . Il n'y a ni amélioration ; ni aggravation . Le malade n'a tiré aucun bénéfice de l'intervention .

3 - Les échecs : la maladie a été aggravée par l'intervention . Ces échecs se décomposent en plusieurs rubriques :

a) les néphrectomies secondaires ,

b) les échecs nécessitant une réintervention qui obtient une amélioration par rapport à l'état précédent la première intervention : résultats secondairement bons.

c) Les échecs après réintervention ou chez des malades qui refusent une réintervention .

Les résultats des 45 néphrectomies sont tous bons dans l'immédiat et à 1 ans .

Il faut souligner que parmi ces 45 néphrectomies , 5 ne sont pas vraiment des néphrectomies d'emblée :

- l'une avait subi une néphropexie 15 ans avant ,
- 2 autres des résections de vaisseaux anormaux 1 an et 11 ans auparavant (l'une avait un rein muet) ,
- un autre est une erreur de diagnostic (résection du bassinet distendu pris pour un kyste du rein) ,
- le dernier , hydronéphrose infectée a subi une néphrostomie de drainage qui n'a pu éviter la néphrectomie 3 semaines après .

Parmi ces 45 néphrectomies , 25 avaient des reins totalement exclus à l' U.I.V. , les 20 autres des distensions considérables avec gros retard sécrétoire , 3 s'accompagnaient de lithiase ; 2 avaient été infectés par une U.P.R. (pratiquée ailleurs) .

Les seules complications post-opératoires ont été :

- un pneumothorax (lors d'une réintervention) bénin ,
- un abcès de paroi , 2 hématomes de paroi ,une éventration .

L'hospitalisation moyenne est de 9 jours .

RESULTATS DES 54 OPERATIONS DE FOLEY SANS LITHIASE.

		Dans les suites immédiates			A distance
Malades améliorés (très bons et bons résultats)		29			33
Statu quo (résultats médiocres)		6			6
Malades aggravés	néphrectomies secondaires	4	1 mois 5 mois 2 ans 6 ans	après pyéloplastie	7
	réinterventions	4	2 pour lithiase à	1 an → Davis - bon 11 an → Foley - bon	
			2 pour sténose évolutive	2 mois → Davis - bon (non drainé) 1 an → résection du bassinet - bon	
	non opérés	3			
Perdus de vue (mais bons à 6 mois)		6			6
Cas spéciaux		1	Foley bilatéral après néphrostomie (pyonéphrose très améliorée 6 ans puis s'aggravant)		2

RESULTATS DES 30 OPERATIONS DE FOLEY-BISCHOFF SANS LITHIASE

T.B. et bons résultats	Statu quo (médiocre)	Mauvais)	Néphrectomie	Perdus de vue (bons à 4 mois)	Cas spéciaux : plastie sur rein unique
17	3	1	0	7	2 - l'un après des ennuis post-opératoires a vu son évolution freinée (médiocre) - l'autre a été réopéré 6 mois après pour sténose de l'anastomose : Davis (amélioré)

RESULTATS DES 18 AUTRES PLASTIES SANS LITHIASE

	Bons et très bons	Perdus de vue	Médiocres	Néphrectomies secondaires	Mauvais
Hamilton Stewart	4 1 associé à une résection de la jonction P.U.			1 Après réintervention anastomose-pyélo-urétérale : échec	
Résection de la jonction	1				1 indication limite
Anastomose latéro-latérale	1 bifidité rénale			1	1 décès réinterventi n sur rein uni ue
Transposition du bassinet	2				
Intubation de l'uretère + urétérolyse	1	1			
Fenger			1		
Néphropexie	1	1			
Néphrectomie polaire + plastie	1				
T O T A L	11	2	1	2	2

RESULTAT DES 102 PLASTIES POUR HYDRONEPHROSE SANS LITHIASE

	NOMBRE	POURCENTAGE
Bons et très bons	61	70 %
Médiocres	11	12 , 6 %
Mauvais - non réopérés	5	5 , 7 %
Néphrectomies secondaires	6	6 , 8 %
Cas spéciaux (amélioration transitoire)	4	4 , 9 %
SOIT :	87 cas utilisables	
Perdus de vue	15	

Ces résultats sont , somme toute , encourageants si on tient compte :

1 - des indications conservatrices poussées au maximum ,
2 - d'ennuis de drainage parfois évitables ,
3 - du nombre des opérateurs (à l'hôpital) .

HYDRONEPHROSE ET LITHIASE .

Lorsqu'une distension pyélo-calicielle s'associe à une lithiase , il est parfois difficile de savoir laquelle des deux est primitive .

1 - En cas de cacul enclavé dans la jonction pyélo-urétérale, même lorsqu'il est petit , on trouve une grosse distension en amont , qu'on peut considérer comme secondaire à la lithiase . Nous avons ainsi éliminé ces cas comme ne répondant pas à la définition que nous avons donnée de l'hydronéphrose .

2 - Lorsqu'il existe une lithiase pyélique , faite d'un calcul arrondi , vertical , mobile dans le bassinet , on peut penser qu'il est secondaire à une anomalie de la jonction pyélo-urétérale , mais il n'est pas impossible que la distension soit le fait du calcul faisant ludion dans le bassinet et traumatisant la jonction qui se sclérose .

3 - Lorsqu'on trouve des calculs enclavés dans un calice , avec une distension du bassinet et des autres calices , on peut penser que vraisemblablement la distension (pourvu qu'on ne la confonde pas avec une simple ectasie par atonie réflexe ou par infection pyélique) est secondaire à un obstacle primitif de la jonction pyélo-urétérale .

4 - Lorsque la lithiase est bilatérale , il s'agit de lithiase d'organisme et non plus d'organe .

5 - En cas de reins en fer à cheval , le problème est très complexe car on connaît la fréquence de la lithiase et de l'hydronéphrose et leur association pose des problèmes étiologiques (en fait , purement nosologiques) .

La récidive lithiasique après pyéloplastie est extrèmement fréquente .

RESULTATS DES 31 PYELOPLASTIES POUR LITHIASE + PYELOPLASTIE

18 opérations de Foley , dont 3 pour reins en fer à cheval :

- 8 bons résultats , drainage :
  - 4 fois par sonde de Cummings .
  - 2 fois par néphrostomie .
  - 2 fois par sonde urétérale .
- 5 récidives lithiasiques
  - 1 néphrectomie (après réintervention)
  - 2 sur rein en fer à cheval (1 va bien) .
  - 1 expulse le calcul = bon
  - 2 réinterventions avec bons résultats .
- 1 lithiase résiduelle perdue de vue .
- 3 perdues de vue .

5 opérations de Foley-Bischoff .

- 1 perdue de vue .
- 1 lithiase résiduelle .
- 1 récidive sa lithiase mais l'élimine seul = bon .
- 1 bon .
- 1 réopéré : Davis ; récidive sa lithiase (mauvais)

4 opérations de Davis .

Il s'agit 3 fois de réinterventions dont 2 fois pour lithiase après pyéloplastie pratiquée ailleurs , et une fois après pyélotomie pour lithiase sur rein en fer à cheval .

1 bon résultat à 2 ans , et 3 récidives lithiasiques (dont 1 élimine son calcul) .

2 Culp .

- 1 pour récidive lithiasique après pyéloplastie : lithiase résiduelle , perdue de vue .
- 1 pour lithiase urique : lithiase résiduelle - néphrectomie .

Une section d'isthme de rein en fer à cheval avec pyélotomie .

- mauvais résultat : néphrectomie secondaire .

Une résection de la jonction pyélo-urétérale .

- mauvais résultat (sonde tombée trop tôt) : néphrectomie secondaire .

La lithiase était :
- pyélique 16 fois
- calicielle 10 fois
- non précisée 5 fois
- bilatérale 2 fois
- sur rein en fer à cheval 5 fois

Cette statistique n'est pas homogène car dans 4 cas , il s'agissait de réintervention , la première intervention ayant été pratiquée ailleurs .

AU TOTAL :

- 14 résultats peuvent être considérés comme bons avec la réserve d'un recul moyen insuffisant (3 ans en moyenne) et compte tenu de réinterventions ayant redressé des situations compromises .

- 4 néphrectomies à distance .

- 4 malades perdus de vue (après U.I.V. normale à 4 mois).

Il faut souligner :

- 10 récidives (1 malade sur 3 , sans tenir compte des perdus de vue) , mais 3 fois les calculs ont été éliminés ce qui prouve le bon fonctionnement de l'anastomose , et

- 3 lithiases résiduelles malgrè une recherche attentive avec radiographies per opératoires .

Ces résultats montrent bien :

- d'une part , la difficulté de ces interventions , et souvent de ces réinterventions multiples .

- D'autre part , la fréquence très grande des récidives lithiasiques .

L'indication opératoire doit être posée avec prudence . Une stricte surveillance post-opératoire avec cures de diurèses et d'antibiotiques sont indispensables .

Ces observations montrent enfin qu'il faut s'accrocher et tout faire pour essayer de sauver ces reins : on y arrive dans une proportion non négligeable de cas .

*

* *

C O N C L U S I O N S

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

Il faut réserver le terme d'hydronéphrose aux rétentions chroniques avec distension du bassinet et des calices rénaux , consécutives à une lésion (mécanique ou fonctionnelle) de l'extrémité supérieure de l'uretère et du bassinet , lorsque cette distension constitue l'essentiel de la maladie .

L'étiologie habituelle est la sténose congénitale de la jonction pyélo-urétérale parfois accompagnée d'anomalies vasculaires polaires inférieures .

Il n'y a aucun parallélisme anatomo-clinique .

L'U.P.R. , sous stricte asepsie , est indispensable pour affirmer le diagnostic , mais c'est de l'urographie intra-veineuse que l'on peut tirer les meilleures indications thérapeutiques .

L'évolution de cette affection , classiquement progressive sans traitement chirurgical , vers la destruction complète du parenchyme rénal , ne nous a pas semblée évidente . A l'opposé , il semble presque , qu'il s'établisse un certain équilibre avec une distension qui est fonction du degré de la sténose et qui évolue peu en l'absence d'infection , de lithiase ou de sténose post-opératoire .

C'est pourquoi le traitement doit être résolument conservateur .

Parmi les nombreuses techniques de pyéloplastie , il faut choisir celles qui aggrandissent le calibre de la jonction pyélo-urétérale . Une technique parfaite est la condition pre-

mière de leur réussite . Le problème du drainage n'est pas encore parfaitement résolu .

Entre la pyélo-plastie et la néphrectomie , il y a encore place pour l'abstention chirurgicale sous surveillance : l'indication thérapeutique ne doit jamais être portée lors d'une seule consultation .

En cas d'échec de pyéloplastie , lors d'une réintervention , la néphrectomie est loin d'être la seule possibilité thérapeutique : souvent le rein peut être raisonnablement conservé .

*

* *

T A B L E D E S M A T I E R E S

*

RAPPEL HISTORIQUE ..... Page 1

DEFINITION ..... " 4

ETIOLOGIE ..... " 7

RAPPEL ANATOMIQUE DES VOIES EXCRETRICES ..... " 14

DYNAMIQUE EXCRETOIRE ..... " 16

PHYSIOPATHOLOGIE DE L'HYDRONEPHROSE ..... " 17

REVERSIBILITE DES LESIONS ..... " 21

ETUDE CLINIQUE ..... " 23

EXAMEN CLINIQUE..... " 28

EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

- urographie intra-veineuse ..... " 29
- urétéro-pyélographie rétrograde ..... " 33
- autres examens radiologiques ..... " 35
- examen cyto-bactériologique du culot urinaire ... " 36

EVOLUTION ..... " 38

TRAITEMENT :

Les méthodes conservatrices :

- les interventions qui n'ouvrent pas le conduit urinaire ..... " 40
- les procédés réduisant sans l'ouvrir le bassinet..." 45
- techniques avec ouverture du conduit excréteur urinaire mais avec conservation de sa continuité..." 48

Les méthodes qui associent plusieurs procédés de base avec conservation de la continuité pyélo-urétérale ....." 55

Les méthodes qui interrompent la continuité pyélo-urétérale ..... " 57

Les néphrectomies ..... " 61

INDICATIONS THERAPEUTIQUES ..... Page 62

TACTIQUE OPERATOIRE ..... " 68

SOINS POST-OPERATOIRES et SUITES OPERATOIRES ..... " 79

RESUME DES OBSERVATIONS ..... " 82

- opérations de FOLEY pour hydronéphrose sans lithiase ..... " 84
- opérations de FOLEY-BISCHOFF pour hydronéphrose sans lithiase ..... " 130
- autres plasties pour hydronéphrose sans lithiase. " 154
- plasties pour hydronéphrose et lithiase ..... " 173
- néphrectomies pour hydronéphrose ..... " 202
- hydronéphroses non opérées ..... " 238

ANALYSE DES OBSERVATIONS ..... " 239

ANALYSE DES RESULTATS ..... " 242

CONCLUSIONS ..... " 255

*

* *

* Errata de numérotation : 164 , 165 et 176 .

B I B L I O G R A P H I E

1 - ABOULKER (P)., FOURNIER (H) .
Le traitement des rétrécissements de la jonction pyélo-urétérale par l'opération plastique de Foley .
Ann. Chir.Sem.Hôp. 1955 , 41 .

2 - ALBARRAN (J) .
Opérations plastiques et anastomoses dans le traitement des rétentions du rein .
Thèse Paris , 1903 .

3 - ALBARRAN (J) .
Médecine opératoire des voies urinaires .
Masson , Edit. Paris , 1909 .

4 - ALLEMANN (R) .
Zur Klinik und chirurgischen Therapie Kleiner schmetzhafter Hydronephrosen .
Z. Urol. 29 , 414-424 (1935) .

Weitere Beiträge zur Ätiologie und Klinik der sog . Kongenitalen Hydronephrose .
Schweiz . Med. Wschr . 41 , (1929) .

Ätiologie und Klinische Beiträge zur Hydronephrosenfrage .
Bruns ' Beitr. Klin. Chir . 144 (1928) .

5 - ANDERSON (J.C.) .
Hydronephrosis . William Heineman - London - 1963 .

6 - ANDERSON (J.C.)., HYNES (W) .
Retrocaval Ureter : A case Diagnosed Preoperatively and treated successfully by plastic operation .
Brit.J.Urol. 21 , 209 (1949).

7 - ANDERSON (J.C.) ., HYNES (W) .
L'opération plastique pour hydronéphrose .
Proc. Royal Soc. Med. Janv . 1951 , 44 , n° 1 , 4-5 .

8 - BARD (L) .
Du caractère idiopathique de la dilatation du bassinet dans l'hydronéphrose dite intermittente .
J. Urol. Med. Chir. 9 , 243 , 1920 .

9 - BAZY (P) .
Contribution à la pathogénie de l'hydronéphrose intermittente ; bassinets et uretères des nouveaux nés .
Rev. Chir. (Paris) , 27 ,(1896) .

De l'hydronéphrose et de son traitement par l'urétéro-pyélonéostomie .
Bull.Acad.Méd.Paris , 361 (1897) .

Hydronéphrose .
Encycl. Franç.Urol. 3 , 135 (1914) .

10 - BEHNKE (O) ., BOHN (C.L.S.) .
Traitement chirurgical conservateur des hydronéphroses. Résultat du traitement des obstructions mécaniques des uretères supérieurs .
Urologia. Internat . 1960 , 10 , n° 4-5 , 233,243 (Biblio. Résumé français) .

11 - BERNARDI (R) .
Hydronéphrose par occlusion pyélo-urétérale . Résultats obtenus dans 15 cas .
Rev. Arg. Urol. Juil.Août , 1951 , 20, n° 7-8 , 199-204.

12 - BERNARDI (R)., BUDICH (M) .
Plastie bilatérale dans une uronéphrose . Troisième observation .
Rev. Arg. Urol. Mars-Avril 1954 , 23, n° 3-4 , 135-136.

12 - BERNEIKE (R.R) ., DENNING (C.L.) .
The results of treatment of hydronephrosis by a plastic surgical procedure with and with out T-tube drainage .
J.Urol. (Baltimore) 66 , 68-76 (1951) .

14 - BISCHOFF (P) .
Technique de la plastie de l'hydronéphrose .
Zschr.Urol. 1953 , 46 , n° 9 , 565-576 , 11 fig (biblio).

15 - BISCHOFF (P) .
La résection polaire dans le cadre de la plastie de l'hydronéphrose .
Langenbeck's Arch. Klin. Chir . 1953 , 276 , Kongressbericht , 301-308 , 6 fig .

16 - BISCHOFF (P).
Indication et technique opératoire des interventions plastiques pour l'hydronéphrose .
Urol. Internat . 1957 , 5 , n° 1 , 25-59 , 23 fig , résumé français .

17 - BOEMINGHAUS (H) .
Zur Frage der Hydronephrose nicht mechanischen Ursprungs (Einfluß der Enınervung der Niere auf die Nierenbecken und die Uretertätigkeit) .
Dtsch.Z.Chir. 179 , 129 (1923) .

18 - BOEMINGHAUS (H) .
Opérations plastiques sur le bassinet .
Arch. F. Klin. Chir. 1935 , 183 , 162 .

19 - BOHM (G) .
Greffe des calices et plastie du bassinet par une technique nouvelle dans le traitement conservateur .
Minerva. Chir. 15 Février 1949 , 4, n°4 , 106-109, 6 fig.

20 - BONNIN (N.J.) .
L'hydronéphrose : traitement chirurgical .
Med. J. Australia , 24 Janv.1959 , 46, n° 4 , 104-108 .

21 - BONVALLOT (J) .
Les hydronéphroses . A propos de 18 cas traités par pyéloplasties sans néphrostomie .
Thèse Paris , 1962 , n° 402 , 87 p .

22 - BORS .
Plastie du bassinet et néphropexie .
J. Urol. 1933 , 2 , 142 .

23 - BOURQUE (J.P.) .
La chirurgie de la jonction urétéro-pyélique .
Union. Méd. Canada , Mars 1960 , 89 , n° 3 , 306-311 .

24 - BOWEN (J.A.) .
Hydronephrosis : An Historical Study .
J. Internat. Coll. Surg. 1958 , 30 , 434 .

25 - BRAASCH (W.F.) .
Clinical Notes on Hydronephrosis .
Interstate Med. J. , 1914 , 21 , 1180 .

26 - BURNS (Ch.N) ., DREW (J.E.) ., DEAN (A.L.) .
Ureteropelvic obstruction with hydronephrosis .
J. Urol. (Baltimore) 1953 , 70, 846-956 .

27 - CAMPBELL (M.F.) .
Congenital hydronephrosis and hydroureter .
Surg. Gynec. Obst. 1948 , 87 , 237 .

28 - CAMPBELL (M.F.) .
Hydronephrosis in infants and children .
J.Urol. (Baltimore) 1951 , 65 , 734-747 .

29 - CAMPBELL (M.F) .
Urologie .

30 - CAMPOS FREIRE (deG) .
Hydronéphrose . Traitement chirurgical des obstructions non calculeuses de la jonction urétéro-pyélique .
Analyse de 36 cas opérés .
Ste. Arg. Urol. Mar Del Plata , 2-7 , Déc. 1956 , 64-85 .

31 - CAMPOS FREIRE (de G) .
L'hydronéphrose . Chirurgie plastique de la jonction urétéro-pelvienne . Analyse de 36 cas chirurgicaux .
J.of Urol. Mai 1959 , 81, n° 5 , 612 -617 .

32 - CIBERT (J) ., BARBIER ., REBOL .
Le deuxième rein dans l'hydronéphrose (problèmes diagnostiques et thérapeutiques posés par les " grandes cavités excrétrices " contro-latérales) .
J.Urol. Janv.Févr. 1958 , 64 , n° 1-2 , 37-45 .

33 - COUVELAIRE (R) .
Place de la chirurgie dans le traitement des hydronéphroses congénitales .
Presse Med. Juin 1959 , p. 1323 .

34 - COUVELAIRE (R) ., LECA (J) .
Comparaison discordante des moules radiologiques de la jonction pyélo-urétérale pathologique et des lésions anatomiques .
J. Urol. Avril-Mai , 1956 , 62 , n° 4-5 , 253-259 .

35 - CREEVY (C.D.) .
Operative treatment of hydronephrosis due to obstruction at ureteropelvic junction .
Surg. 1 ; 228 , 1937 .

36 - CULP (O.S.) ., WEERD (de J.H.) .
Pelvic flap operation for certain types of ureteropelvic obstruction .
Proc. Staff. Meet. Mayo. Clinic , 1951 , 26 , 483 .

36 bis - GREGOIR .
Acta Urologica Belgica . Acta - 30 , Décembre 1962 .

37 - DAVIS (D.M.) .
Intubated ureterotomy : A new operation for ureteral and ureteropelvic stricture .
Surg. Gynec. Obst. 1943 , 76 , 513 .

38 - DESARMENIEN (J.A.) .
Les hydronéphroses par anomalie de la jonction pyélo-urétérale chez l'enfant .
Thèse Paris , 1958 , n° 191 , 118 pages dactylo.

39 - DETRIE (Ph) ., LEGER (L) .
Le traitement des hydronéphroses géantes par l'iléo - urétéro-plastie totale .
Presse Méd. 3 Mai 1958 , 66 , n° 35 , 794 .

40 - DEUTICKE (P) .
Zur technik plasticher operationen am hydronephrotisch Erweinterten Nierenbecken .
Zbl. Chir. 1941 , n° 45 , 2098 .

41 - DEUTICKE (P) .
Les opérations plastiques sur le rein dilaté hydronéphrotique .
Urol. Cut. Rev. Fév. 1949 , 53 , n° 2 , 74-81 .

42 - DEUTICKE (P) .
Technique de l'opération plastique du bassinet des reins hydronéphrotiques .
Zschr. Urol. 1952 , 45 , n° 6-7 , 322-329 .

43 - DEUTICKE (P) ., HASCHEL (H) ., SCHIMAZEK (A) .
L'hydronéphrose et son traitement chirurgical conservateur (plasties du bassinet) .
Urol. Internat . 1960 , 10 , n° 4-5 , 193-232 .

44 - DORSEY (J.W.) .
La pyélo-plastie à l'aide d'une urétéro-néo-pyélostomie.
J. of Urol. Fév. 1955 , 73 , n° 2 , 189-197 .

45 - DOSSOGNE (M) .
La chirurgie plastique de la jonction pyélo-urétérale .
Bull. Soc. Clin. Hôp. Civ. Charleroi Oct. 1955 , n° 4 , 6 , 245-247 .

46 - DUCAN (I.G.) ., ERYAN (H.G.) .
Utilisation de la capsule de gérota dans la pyélo-urétéro-plastie pour sténose à la jonction urétéro-pelvienne .
J. of Urol. Juin 1951 , 65 , n° 6 , 976-979 .

47 - DURAND (L) ., MOLLARD (F) ., CHAMOUTON (F) ., MASSOUMI (R) .
Les hydronéphroses dites par vaisseau anormal .
Résultats de 98 sections vasculaires .
J.Urol. Avril-Mai , 1962 , 68 , n° 4-5 , 300-310 .

48 - DUCOUDRAY (L.E.) .
A propos de 21 malades opérés pour hydronéphroses par vaisseau anormal .
Thèse Paris 1959 , n° 879 , 49 p. dactylo .

49 - FENGER (C) .
Operation for the relief of Valve Formation and stricture of the ureter in hydronephrosis or pyonephrosis .
J. Amer. Med. Ass. 1894 , 22 , 335 .

50 - FEY (B) .
Résultats de douze interventions pour syndrôme douloureux d'hydronéphrose . Rôle prépondérant des artères anormales .
Arch. Urol. Clin. Necker (Paris) 1928 , 6 , 193-227 .

51 - FEY (B) ., COUVELAIRE (R) .
Traitement neuro-chirurgical des dilatations pyélo-urétérales .
Mém. Acad. Chir. 1942 , 350 .

52 - FJEDOROW (S) .
Uber die Chirurgische Behandlung der Hydronephrose .
I Kongr. der ges. Russ. Chirurgen .
Ref. Zbl. Chir. Nr 16, 436 , 1901 .

53 - FORET (J) .
Résultats des interventions conservatrices dans le traitement des hydronéphroses .
J.Urol. 1953 , 59 , n° 9-10 , 611 -622 .

54 - FOLEY (F.E.B.) .
A New Plastic Operation for Stricture at the ureteropelvic junction . Report of 20 Operations .
J. Urol. 1937 , 38 , 643 .

55 - GARDNER (J.S.) .
La réparation plastique de l'hydronéphrose , description d'une nouvelle technique utilisée dans 10 cas .
J. of Urol. Mars 1956 , 75 , n° 3 , 367-374 .

56 - GENTILE (A) .
Chirurgie plastique correctrice des hydronéphroses par obstruction de la jonction pyélo-urétérale .
Soc. Arg. Urol. Mars 1956 , 274-284 .

57 - GENTON (N) .
Traitement et pronostic éloigné de l'hydronéphrose .
Ann. Paed. 1961 , Suppl. 78 , 29-43 .

58 - GIBSON (T.E) .
L'hydronéphrose ; classification et réparation plastique des obstructions urétéro-pelviennes .
Surg. Gyn. Obstr. Mai 1945 , n° 5 , 485-496 .

59 - GIBSON (T.E.) .
L'hydronéphrose : diagnostic et traitement des occlusions pelviennes .
J. of Urol. Janv. 1956 , 75 , n° 1 , 1-11 .

60 - GIBSON (T.E.) .
L'hydronéphrose : nouvelles conceptions du traitement .
J. of Urol . Déc. 1956 , 76 , n° 6 , 708-713 .

61 - GIBSON (T.E.) .
L'hydronéphrose : son traitement dans le rein solitaire.
J. of Urol. Mars 1959 , 81 , n° 3 , 374-378 .

62 - GORDON (M.E.) .
Une pyélo-urétroplastie à l'aide d'un lambeau en spirale pour longs rétrécissements de l'uretère supérieur .
J. of Urol. Déc. 1954 , 72 , n° 6 , 1159-1162 .

63 - GUILLEMIN (P) ., BITTARD (M) .
Résultats éloignés du traitement chirurgical de l'hydronéphrose .
J. of Urol. Avril-Mai 1964 , 70 ,n° 4-5 , 298-300 .

64 -- GUTGEMANN (A) ., KARCHER (G) ., LINKE (K.H) .
Génèse , indication et pronostic des interventions destinées à la conservation de l'organe , dans le cas d'hydronéphroses mécaniques congénitales .
Langenbecks Arch. Klin. Chir. 1957 , 285 , n° 4 , 438-454 .

65 - HAMM (F.C.) .
La chirurgie réparatrice pour hydronéphroses .
J.A.M.A. 1 er Mars 1958 , 166 , n° 9 , 1023-1026 .

66 - HANTEN (J.S.) ., TALBOT (B.S.) ., TOMLIN (E.M.) .
La pyélo-urétéroplastie : relation de 20 cas .
J. of Urol. Oct. 1956 , 76 , n° 4 , 338-345 .

67 - HARTMANN .
Opérations plastiques pyélo-urétérales .
J. of Urol. 1928 , 2 , 100 et Soc. Chir.29 Févr. 1928 , 328 .

68 - HELLER (M) ., LANTZ .
Anastomoses urétéro-pyéliques .
J.Urol. Janv-Févr. 1956 , 62 , n° 1-2 , 91-94 .

69 - HELLSTROM(J).
Ober die Varianten der Nierengefäbe .
Z. Urol. Chir. 1927 , 24 , H. 3-4 .

70 - HELLSTROM (J) ., GIERTZ(G) ., LINDBLON (K) .
Pathogenesis and treatment of hydronephrosis .
Trans. Soc. Int. Urol. 1949 , 1 , 163-202 .

71 - HENNLINGER (H) .
L'opération plastique dans l'hydronéphrose .
Deutsche Zschr. Chir. 1952 , 271 , n° 4 , 381-402 .

72 - HRYNSTCHAK (Th) .
Opération plastique du bassinet rénal dans l'hydronéphrose .
Wien Klin. Woch. 15 Mai 1936 , 620 .

73 - HRYNSTCHAK (Th) .
Organerhaltende Operationen bei Hydronephrosen .
Z. Urol. 1936 , 30 , 598 - 633 .

74 - JONHSON (C.M.) .
Pathogenesis of hydronephrosis .
J. Urol . 1932 , 27 , 279 .

75 - KEHRER (F.A.) .
Archiv. für Gynakologie , 1881 , 3 , 370 .

95 - Mc DONALD (S.A .) ., KATARIA (P.N.) .
La substitution urétérale par anse iléale isolée ; iléourétéroplastie et iléopyéloplastie .
J. of Urol. Mars 1957 , 77 , n° 3 , 437-445 .

96 - MACKY (W) .
Expérimentation de la pyéloplastie .
Med. J. Australia , 24 Janv. 46 , n° 4 , 108-110 .

97 - MACQUET (P) .
L'hydronéphrose congénitale par obstacle de la jonction et son traitement . Technique personnelle .
J. Urol. Déc. 1955 , 61 , n° 12 , 779-785 .

98 - MAGDER (E) .
Une technique de plastie " sur mesure " du bassinet dans les pyélectasies avec ou sans sténose de la jonction pyélo-urétérale .
J. Urol . Juil. Août 1956 , 62 , n° 7-8 , 448-461 .

99 - MALUF (N.S.R.) .
A method for relief of upper ureteral obstruction within bifurcation of renal artery .
J. Urol. (Baltimore) 1956 , 75 , 229 .

100 - MARION (G) .
Du traitement de certaines hydronéphroses .
Scalpel (Brux) 1924 , 78 , 1009 .

101 - MARION (G) .
Traitement conservateur des grandes hydronéphroses .
J. Urol. Med. Chir. 1939 , 48 , 1919 .

102 - MATHE (C.P.) .
Intrinsic causes of hydronephrosis .
J. Urol. (Baltimore) 1937 , 38 , 574 .

103 - MEGIBOW (R.S.) ., KATZ (L.N.) ., RODBARD (S) .
The mechanism of artérial hypertension in experimental hydronephrosis .
Amer. J. Med. Soc. 1942 , 204 , 340 .

104 - MELICK (W.F.) ., KARELLOS (D) ., NARYKA (J) .
Pressure studies of hydronephrosis in children by means of the strain gauge .
J. Urol. 1961 , 85 , 703 .

105 - MICHALOWSKI (E) ., MODELSKI (W) .
Transposition des vaisseaux polaires .
Zsrchr.Urol. Oct. 1958 , 51 , n° 10 , 569-575 .

106 - MICHALOWSKI (E) ., MODELSKI (W) .
L'hydronéphrose congénitale et la lithiase rénale .
Zschr. Urol. Févr. 1962 , 55 , n° 2 , 59-61 .

107 - MICHON (J) ., DELINOTTE (P) .
Traitement conservateur d'uneurétéro-hydronéphrose bilatérale par urétéro-cysto-anastomose .
J. Urol. Med. Chir. 1942 , 50 , 5 .

108 - MICHON (L) .
Opération conservatrice dans quatre cas d'hydronéphrose.
J. Belge . Urol. 1939 , 12 , 279-295 .

109 - MICHON (L) ., MICHON (J) .
Le décroisement de l'uretère et de l'artère dans certaines hydronéphroses par artère anormale .
J. Chir. Janv. 1956 , 72 , n° 1 , 128 .

110 - MICHON (L) .
La sténose de la jonction pyélo-urétérale .
J. Urol. Déc. 1960 , 66 , n° 12 , 891-892 .

111 - MORISON (D.M.) .
Routes of absorption un hydronephrosis : experimentation with dyes in totally obstructed ureters .
Brit. J. Urol. 1929 , 1 , 30 .

112 - MOULONGUET (P) .
Chirurgie réparatrice des hydronéphroses .
Mém. Acad. Chir. 8 Mai 1957 , 83 , n° 14-15-16 , 442-449

113 - MURNAGHAN (G.F.) .
Experimental investigation of the dynamics of the normal and dilated ureter .
Brit. J. Urol. 1957 , 29 , 403 .

114 - MURNAGHAN (G.F.) .
The dynamics of the renal pelvis and ureter with reference to congenital hydronephrosis .
Brit. J. Urol. 1958 , 30 , 321 .

115 - MURNAGHAN (G.F.) .
Mécanisme de l'hydronéphrose congénitale . Observations sur les facteurs influançant son traitement chirurgical .
Ann. Roy. Coll. Surg. England , Juil. 1958 , 23 , n° 1 , 25-46 .

116 - MURNAGHAN (G.F.) .
Experimental aspects of hydronephrosis .
Brit. J. Urol. 1959 , 31 , 370 .

117 - NARATH (P.A.) .
Renal pelvis and ureter .
New York . Grune & Stratton , 1951 .

118 - NESBITH (R.M.) .
Eliptical anastomosis in urology .
Ann. Surg. 1949 , 130 , 796 .

119 - O'CONNOR (V.J.) .
La chirurgie conservatrice de l'hydronéphrose .
New-York Stade J. Med. 15 Fév.1951 ,51 , n°4 , 503-505.

120 - O'CONNOR (V.J.) .
Le diagnostic et le traitement de l'hydronéphrose .
J. of Urol. Mars 1955 , 73 , n° 3 , 451-454 .

121 - OLDHAM (J.B.) .
Denervation of the kidney .
Ann. Roy. Coll. Surg. Eng. 1950 , 7 , 22 .

122 - OPPENHEIMER (R) .
De la pyéloplastic .
Zeits J. Urol. n° 21 , 1927 , 817 .

123 - ORMOND (J) .
Unsuccessful plastic operation for hydronephrosis .
J. Urol. (Baltimore) 1937 , 38 , 574 .

124 - OURSIN (P) .
A propos des hydronéphroses avec vaisseaux anormaux .
Thèse Paris 1959 , n° 880 , 84 p. Dactylo .

125 - PAPIN (E) .
De quelques opérations conservatrices dans les hydronéphroses .
Bull. Soc. Nat. Chir. 1928 , 54 , 500-524 .

126 - PAPIN (E) ., CHRISTIAN (E) .
Sur trois nouveaux cas de rein en fer à cheval , considération sur l'hydronéphrose dans cette anomalie .
Ann. Mal. Org. Gén. Urin. 1910 , 28 , 1825-1839 .

127 - PATCH .
Conservative plastic surgery at the treatment of hydronephrosis associated with aberrant vessels .
Brit. J. Of. Urol. 1929 , 1 , 373 .

128 - PECK .
Annals Surgery , 1915 , 253-256 .

129 - PERSKY (L) ., STORAASLI (J.P.) ., AUSTEN (G) .
Mechanism of hydronephrosis . Newer investigative technique .
J. Urol. 1955 , 73 , 740 .

130 - PINTO de CARVALHO (A) .
Le rein hydronéphrotique et son traitement .
Acta Urol. Belgica , 31 , n° 1 , janv. 1963 .

131 - PLATTS (M) ., WILLIAMS (J.L.) .
Renal function in unilateral hydronephrosis : abridged.
Proc. Roy. Soc. Med. 1962 , 55 , 1037 .

132 - PRATHER (G.E.) .
Hydronephrosis .
New. Engl. J. Med. 1954 , 250 , 944 .

133 - PUIGVERT (A) .
La pyéloplastie .
50 ème Congrès Français d'urologie , Paris , Oct. 1956, 413 - 415 .

134 - PUIGVERT (A) .
L'hydronéphrose chez l'enfant .
Acta. Urol. Belgica. , 31 , n° 3 , Juillet 1963 .

135 - QUINBY (W.C.) .
Hydronephrosis .
J. Urol. , 1923 , 10 , 45 .

136 - QUINBY (W.C.) .
Plastic surgery of the renal pelvic .
J. Amer . Med. Ass. 1927 , 89 , 841 .

137 - QUINBY (W.C.) .
Chirurgie plastique du bassinet .
J. Urol. Paris , 1928 , 2 , 98 .

138 - QUINBY (W.C.) .
Factors influencings the operative procedure in hydronephrosis .
J. Amer. Med. Ass. 1929 , 93 , 1707 .

139 - RAYER (M.P.) .
Traité des maladies des reins .
1841 , 3 ;

140 - ROBERTS (J.B.M.) ., SLADE (N) .
Evolution naturelle de l'hydronéphrose pelvienne primitive .
Brit. J. Surg. Oct. 1964 , 51 , n° 10 , 759-762 .

141 - ROCH .
De l'hydronéphrose et de son traitement par la pyéloplastie .
Zbl. F. Chir. 1931 , 1621 .

142 - ROCHE ., ALEX ., WINSBORG & WHITE .
Opérations plastiques pour hydronéphrose .
Brit. Med. J. n° 3957 , 948 .

143 - ROMETTI (A) .
Pyélo-iléo-cystoplastie pour hydronéphrose congénitale sur rein unique .
J. Urol. Juil-Août 1959 , 65 , n° 7-8 , 582-585 .

144 - ROSENSTEIN (S) .
Traité pratique des maladies des reins .

145 - SCARDINO (P.L) ., PRINCE (C.L) .
Vertical flap ureteropelvic plasty praeliminary report.
Sth. Med. 1953 , 46 , 325 .

146 - SCHAFFAUSER (F) .
Opérations plastiques dans le traitement des hydronéphroses .
Presse Méd. 1936 , n° 76 .

147 - SCHWARTZ (J.W.) ., HEWITT (C.B.) ., GIBSON (E) .
Hydronéphrose : valeur de la pyéloplastie dans le traitement d'obstruction urétéro-pelvienne .
Arch. Surg. Déc. 1952 , 65 , 894-905 .

148 - SCHWYZER (A) .
A new pyelo-ureteral plastic for hydronephrosis .
Surg. Clin. N. Amer . 1923 , 3 , 1441 .

149 - SHARP (R.F.) .
L'hydronéphrose : la génèse de la conception moderne de traitement .
J. Of Urol . Mars 1961 , 85 , n° 3 , 206-210 .

150 - SHEEHAN (H.L.) ., DAVIS (J.C) .
Experimental hydronephrosis .
Arch. Patho. 1959 , 68 , 185 .

151 - SIMON (F) .
Beiträge zur Chirurgie des Frühesten Kindesalters .
Zbl. Chir. 1937 , 64 , H 2 .

152 - SIMON (G) .
Chir. des Nieren .
Erlanger 1897 , 1 , 12 .

153 - STAPLES (G.A.) .
Hydronephrosis : An essay based upon the comparative study of 71 cases of that lesion , of witoh one case came under the personal observation of the writer .
J. Amer. Med. ASS. 1884 , 2 , 595 .

154 - STEWART (H) .
Nouveau traitement chirurgical de l'hydronéphrose avec existence d'une artère inférieure aberrante .
Brit. J. Of Surg. 35 , n° 137 , 51-57 .

155 - STEWART (H) .
La technique de la néphroplastie dans le traitement de l'hydronéphrose .
Brit. J. Urol. Sept. 1957 , 29 , n° 3 , 277-286 .

156 - STRONG (K.C.) .
Plastic studies in abnormal renal architecture : the parenchymal alterations in experimental hydronephrosis.
Arch. Path. 1940 , 29 , 77 .

157 - SUNDERLAND (H) .
Revue de 54 cas d'hydronéphrose traitées par l'intervention plastique de Anderson-Hynes .
Brit. J. Urol. Mars 1963 , 35 , n° 1 , 1-10 .

158 - SURRACO (L.A) ., LOCKHART (J) .
Le problème des ectasies pyélo-rénales . L'hydronéphrose : son traitement .
Ann. Fac. Med. Montévidéo 1949 , 34 , 199-1262 .

159 - SUTTON (J.B.) .
Nephrectomy for hydronephrosis .
Trans. Med. Soc. London , 1893-1894 , 17 , 69 .

160 - SWINNEY (J) .
Congenital hydronephrosis .
Acta . Urologia , Belgica , 31 , n° 3 , Juillet 1963 .

161 - TAYLOR (J.M.) ., WATMAN (R.N.) .
Expérimentation d'un conduit pyélo-iléal pour diversion de l'urine .
J. of Urol. Oct. 1959 , 82 , n° 4 , 470-473 .

162 - TRENDELENBURG (F) .
Uber blasenscheidenfistel-operation und über Beckenhochlagerung bei Operationen in der Bauchhohle .
Samml. Klin. Vortr. 1890 , Nr. 355 , Chir. Nv 109, 3373.

163 - UEBELHOR (R) .
Plastic de l'hydronéphrose chez l'enfant .
Wien. Klin. Wschr. 21 Mars 1952 , 64 , n° 12-13 ,237-238.

164 - UNDERWOOD (W.E.) .
Recent observations on the pathology of hydronephrosis.
Proc. Roy. Soc. Med. 1937 , 30 , 817 .

165 - VEAVER (R.G.) .
The effect of large caliber splints on ureteral healing.
Surg. Gynec. Obstr. 1956 , 103 , 590-593 .

166 - WALTERS (W) .
Resection of the renal pelvic for hydronephrosis its complications ans results .
Surg. Gynec. Obstr. 1930 , 51 , 811 .

167 - WALTERS (W) ., CALOT & FRIESTLEY .
Operative results in non calculous hydronephrosis .
J. Urol. (Baltimore) 1937 , 38 , 688 .

168 - WHITE (R.B.) ., WYATT (G.M.) .
Surgical importance of aberrant renal vessels in infants and children .
Amer J. Surg. 1942 , 58 , 48 .

169 - WILDBOLZ (H) .
über traumatische Hydronephrosen und Pseudohydronephrosen .
Z. Urol. 1910 , 4 .

170 - WILLIAMS (J.R.) ., WEGRIA (R) ., HARRISON (T.R.) .
Relation of renal pressor substance to hypertension of hydronephrosis rats .
Arch. Intern. Méd. 1938 , 62 , 805 .

171 - WINTER (C.C.) .
A clinical study of a new renal function test : the radioactive diodrast renogram .
J. Urol. , 1956 , 76 , 182 .

172 - WOLFROMM (G) ., ECOIFFIER (J) ., GILSON (M) .
Du recours au décubitus ventral dans l'urographie des grosses hydronéphroses . Rappel de quelques vérités premières en urographie .
J. Urol. Déc. 1958 , 64 , n° 12 , 826 .

173 - YOUNG (H.H.) .
Hydronephrosis and pyonephrosis conservative treatment.
Surg. Clin. Chicago , 1936 , 16 , 1219 .

174 - YOUNG (H.H.) .
Obstruction to ureter produced by aberrant blood vessels plastic repair without ligation of vessels or transplantation of ureters .
Surg. Gyn. Obst. 1932 , 54 , 26 .

*

* *

agemp
EDITIONS
40 R. Pascal
PARIS 13e
TELEPHONE
535 : 18—93
535 : 18—62